

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**TERAPIA DE GRUPO PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN MUJERES
ADOLESCENTES QUE RESIDEN EN EL HOGAR FATIMA CHORRILLO**

POR

GLORIA DE LOS REYES REBOLLEDO HOWE

**Trabajo de graduacion sometido a la
consideración de la Facultad para
optar por el titulo de Magister en
Psicología Clínica**

PANAMA

2009

RESUMEN

El proposito de esta investigacion es evaluar la efectividad de una intervencion de psicoterapia breve en forma grupal aplicada a ocho adolescentes que residen en un Hogar Sustituto con el fin de lograr en primer lugar que los adolescentes comprendan que sus problemas no son solo individuales y que la interaccion con el grupo es una fuente de mejora y en segundo lugar que puedan manejar la ansiedad como respuesta a los eventos experiencias y situaciones que se les presenten

Se utilizo la Escala de Ansiedad Manifiesta en Ninos (revisada) CMAS R Las mediciones se realizaron antes y despues del tratamiento La intervencion para el grupo experimental fue de una sesion semanal con una duracion de una hora y media a dos horas cada sesion haciendo un total de diez sesiones grupales

Los resultados sugieren que una intervenci3n de psicoterapia breve dirigida a adolescentes ayuda a disminuir la ansiedad

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of a brief psychotherapy in a group form applied to eight adolescents who reside in a foster home with the aim for the adolescents to have the capacity to comprehend that their problems are not unique on one hand and to achieve the interaction with the group as a source of betterment on the other hand all in order to manage their anxiety as a response to events experiences and situations that might appear to them

As a measure the Revised Children s Manifest Anxiety Scale (RCMAS) has been employed All the measures were completed after the treatment and before it

The intervention for the experimental group was a once a week session of a half an hour up to two hours each making a total amount of ten sessions

The results suggest that a brief psychotherapy targeted to adolescents can help to decrease the anxiety

DEDICATORIA

**A mi madre Gloria Howe Weir
por todo su amor apoyo dedicacion paciencia y carino**

**A mi hermana Karem Rebolledo
por ser un ejemplo de tenacidad y humildad**

AGRADECIMIENTO

**A Dios Todopoderoso por iluminar cada paso
cada pensamiento y cada escrito
que debia plasmar para presentar esta investigacion
pero sobre todo gracias Señor
por darme salud y fortaleza para seguir tu camino sin desmayar**

**A mi madre Gloria por todo su amor
apoyo paciencia y entrega Por creer en mi en cada momento**

**A mis hermanas Karem y Dorene
por su apoyo**

**A los jóvenes adolescentes del Hogar de Fatima
por su tiempo y colaboración en la realizacion de esta investigacion**

**Al profesor Samuel Pinzon Bonilla
que bajo su direccion realice esta investigación
y al profesor Gerardo Valderrama por su orientacion
a ambos gracias por su tiempo paciencia y comprensión**

**A todas aquellas personas
que de alguna manera cooperaron
en la realizacion de esta investigacion**

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada como un periodo de crisis en el cual el adolescente se encuentra sumergido en un proceso de cambios y transformaciones físicas emocionales sociales y psíquicas. Estos cambios son determinantes en sus relaciones con las personas y las cosas. Necesita prepararse para enfrentar nuevas demandas por parte del ambiente y para ello primero debe empezar por definir su propia identidad.

Al considerar la adolescencia como un periodo de crisis, hace que esta etapa se distinga por los deseos inconscientes, pulsiones, prohibiciones y por el permanente conflicto que se instaura entre el adolescente, la familia y la sociedad.

Las necesidades y demandas que exigen los adolescentes hoy en día cada vez son mayores y en respuesta a estas necesidades surgen en nuestro país instituciones o centros destinados a ofrecer apoyo a la juventud panameña. Su objetivo principal es llenar el vacío de una adecuada orientación familiar, brindar afecto y transmitir la idea de que son capaces de encaminar sus vidas entre otros.

La apertura de estos centros u hogares sustitutos en Panamá por un lado van en crecimiento y por otro lado los estudios y/o investigaciones sobre la repercusión de los mismos en el desarrollo psicológico y social de los niños y adolescentes que en ellos residen son escasos. Es por ello que surge el interés en desarrollar un tratamiento psicoanalítico a través de una psicoterapia breve de grupo con los

adolescentes que residen en un hogar sustituto Por medio de este trabajo terapeutico se busca lograr que los adolescentes puedan aliviar el grado de ansiedad que puedan presentar cuando han tenido que atravesar situaciones como al presentar un examen o evaluacion académica las relaciones con los companeros y con la familia cuando se producen problemas en el hogar entre los padres entre los padres y el hijo o entre hermanos cuando se produce una separacion o desvinculacion de las figuras parentales con las drogas y otras presiones

Es de vital importancia que los adolescentes aprendan a entender la ansiedad y se les ayude a adaptarse a las eventualidades es decir a adaptarse a situaciones que producen ansiedad y a aprender a responder a la ansiedad de manera allanadora en lugar de debilitante Con esta psicoterapia breve de grupo los adolescentes comprenderan que sus problemas no son individuales y que la interaccion con el grupo se convierte en una fuente de mejora

Los estudios sobre la repercusión de los hogares sustitutos en el desarrollo psicologico y social de los niños y adolescentes que residen en estos ambientes son escasos al igual que se desconocen los efectos que a corto y a largo plazo puedan manifestarse en la población que en ella reside llamense estos niños y/o adolescentes y por otro lado la ausencia de programas psicoterapeuticos dirigidos a esta poblacion A traves de una revision bibliografica se logro encontrar algunos estudios llevados a cabo en nuestro pais que nos permitiera conocer como se esta abordando a esta poblacion tan necesitada dentro de los cuales podemos citar los

siguientes En el año 2000 las estudiantes Siria Martinez de Robinson y Menlinda M Hunt de la Universidad Santa Maria La Antigua realizaron una investigación en la cual se evaluó un programa de fortalecimiento de las relaciones en el subsistema fraterno sustituto los resultados obtenidos fueron que los adolescentes que no cuentan con un medio familiar completo muestran mayores dificultades en las relaciones interpersonales y mayor agresividad que aquellos que si cuentan con un medio familiar donde se encuentran ambos progenitores

Dos años después 2003 Sarit Groosman estudiante de Maestría de la Universidad de Panama realizó una investigación para evaluar la efectividad de la psicoterapia breve en un grupo de niñas que residen en un internado u hogar sustituto y presentando déficit e inconstancias objetales específicamente reducción de los síntomas de ansiedad falta de confianza en el medio agresión y sentimientos de desvalorización Se efectuó un estudio preliminar en el cual se formaron dos grupos de niñas de tercer grado que asistían a la misma escuela y compartían las mismas características la diferencia radicaba en que un grupo residía en el hogar y el otro no Los resultados obtenidos en dicha investigación fueron que el grupo que reside en el internado exhibió mayor cantidad de indicadores emocionales de ansiedad agresión falta de confianza en el medio y sentimientos de desvalorización en comparación con el grupo que no reside en un hogar sustituto

En esta investigación la psicoterapia breve en forma grupal fue una modalidad de tratamiento que mejoró los indicadores emocionales de las niñas de tercer grado que residen en el hogar sustituto

Por ultimo en el año 2004 Ana Valverde estudiante de la Universidad de Panama realizo un estudio en el que proponia efectuar una psicoterapia breve en forma grupal en adolescentes que residen en un hogar sustituto con la psicoterapia breve se pretendia estimular el desarrollo de las adolescentes que viven en un hogar sustituto facilitando el proceso de individuacion y por ende fortaleciendo las funciones del yo

Con base en la informacion ofrecida en lineas anteriores iniciamos la investigacion en el primer capitulo estableciendo informacion sobre los hogares sustitutos y los ninos institucionalizados y una breve resena del Hogar de la Merced

En el segundo capitulo expondremos detalladamente el marco teorico en el cual revisaremos brevemente la naturaleza de la ansiedad la psicoterapia de grupo desarrollo del aparato psicologico durante la adolescencia y la terapia psicoanalitica del adolescente y otros aspectos relevantes para este estudio

En el tercer capitulo se plantea la metodologia de la investigacion utilizada en esta investigación

En el cuarto capitulo presentamos los resultados con su respectivo análisis y discusion

En el quinto capitulo esbozamos las conclusiones y recomendaciones para futuros estudios Y en las ultimas paginas de este esfuerzo el lector encontrara la seccion de anexos donde podra apreciar las historias clinicas transcripcion de las sesiones entre otros

INDICE GENERAL

INDICE

Págs

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

Introduccion

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1 1 Hogares Sustitutos y Ninos Institucionalizados	2
1 1 1 Los Hogares Sustitutos y los Ninos Institucionalizados	2
1 1 2 El Hogar de las Mercedes	4

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

2 1 Ansiedad	9
2 1 2 La ansiedad un mecanismo normal adaptativo y universal	9
2 2 Terapia Psicoanalitica del Adolescente	12
2 2 1 Importancia del Conocimiento Profundo del Desarrollo del Adolescente como Instrumento Fundamental del Psicoterapeuta	12
2 3 Disponibilidad del Terapeuta de Adolescentes para Permitir la Vinculacion	

del Paciente con su Persona como Objeto Transitorio	20
2 4 Aptitud del terapeuta de Adolescentes para Responder Afectivamente a las Necesidades Emocionales de su Paciente	22
2 5 Características de la Persona del Terapeuta Propicias al Desarrollo de la Relación Real	24
2 6 Pioneros en la Psicoterapia de Grupo de Niños y Adolescentes	27
2 7 El Grupo como Objeto	39
2 7 1 Los Nuevos Objetos	39
2 8 El Grupo como una Mala Madre	42
2 9 Psicoterapia Psicoanalítica	44
2 9 1 Definición de Psicoterapia Psicoanalítica	44
2 10 Psicoterapia Breve	45
2 11 Psicoterapia en Adolescentes	50
2 12 Psicoterapia de Grupo	57
2 13 Aspectos de la Psicoterapia Psicoanalítica	61
2 13 1 El Rol del Terapeuta en la Psicoterapia	61
2 13 2 Interpretación Resistencia y Defensas	64
2 13 3 Transferencia y Contratransferencia	68

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3 1 Planteamiento del Problema	71
3 2 Hipótesis	71
3 2 1 Hipótesis de Investigación y Estadísticas	71

3 2 2	Criterios de Prueba de Hipotesis	74
3 3	Objetivos	74
3 3 1	Generales	74
3 3 2	Especificos	74
3 4	Estrategia de Intervencion	75
3 5	Variables	76
3 5 1	Variable Independiente	76
3 5 2	Variable Dependiente	76
3 6	Definicion Conceptual	76
3 7	Definicion Operacional	77
3 8	Poblacion y Muestra	77
3 9	Criterios de Inclusion	78
3 10	Tipo de Muestreo	78
3 11	Instrumentos de Medicion	79
3 12	Metodo de Intervencion	82
3 13	Evaluacion de los Resultados	83

CAPITULO IV

RESULTADOS

Presentacion y Analisis de los Resultados	85
Discusion de los Resultados	99

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones 105

Recomendaciones 107

BIBLIOGRAFIA 108

ANEXOS

Anexo N 1 Historia Clínica 112

Anexo N 2 Transcripción de Sesiones 128

Anexo N 3 Hoja de entrevista 171

Anexo N 4 Carta de revisión de la tesis por el profesor Ricardo Griffith
Licenciado en Humanidades profesor de Segunda Enseñanza 175

Anexo N 5 Puntajes Brutos y Normalizados 177

Anexo N 6 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R 179

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

		Pags
Tabla N 1	Escala Ansiedad Total Pretest y postest Grupo control	85
Gráfica	Comparación de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Escala Ansiedad Total Grupo control	85
Tabla N 2	Subescala Ansiedad Fisiologica Pretest y postest Grupo control	86
Grafica	Comparación de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Ansiedad Fisiologica Grupo control	86
Tabla N 3	Subescala Inquietud/Hipersensibilidad Pretest y postest Grupo control	87
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad Grupo control	87
Tabla N 4	Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion Pretest y postest Grupo control	88
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentración	

	Grupo control	88
Tabla N 5	Escala Ansiedad Total Pretest y postest Grupo experimental	89
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Escala Ansiedad Total Grupo experimental	89
Tabla N 6	Subescala Ansiedad Fisiologica Pretest y postest Grupo experimental	90
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Ansiedad Fisiologica Grupo experimental	90
Tabla N 7	Subescala Ansiedad Fisiológica Pretest y postest Grupo experimental	91
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Ansiedad Fisiologica Grupo experimental	91
Tabla N 8	Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion Pretest y postest Grupo experimental	92
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest y postest de la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion	

	Grupo experimental	92
Tabla N 9	Escala Ansiedad Total Pretest grupo control y experimental	93
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el pretest de ambos grupos de la Escala de Ansiedad Total	93
Tabla N 10	Escala Ansiedad Total Postest Grupo control y experimental	94
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el postest de ambos grupos de la Escala Ansiedad Total	94
Tabla N 11	Subescala Ansiedad Fisiologica Postest Grupo control y experimental	96
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el postest de ambos grupos de la Escala Ansiedad Fisiologica	96
TablaN 12	Subescala Inquietud/Hipersensibilidad Postest Grupo control y experimental	97
Grafica	Comparacion de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el postest de ambos grupos de la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad	97
Tabla N 13	Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion Postest	

	Grupo control y experimental	98
Grafica	Comparación de las puntuaciones T por los adolescentes que residen en un hogar sustituto en el posttest de ambos grupos de la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion	98

CAPITULO I

1 1 Hogares Sustitutos y Niños Institucionalizados

1 1 1 Los Hogares Sustitutos y los Niños Institucionalizados

Hogar Sustituto es una institución que en forma temporal y con responsabilidad asume el cuidado crianza y educación de niños con quienes no tienen vínculo consanguíneo o de afinidad y quienes por sus condiciones socio familiares demandan protección especial fuera de su hogar de origen

Henri Aubin en su libro *La Psicoterapia Institucional en el Niño* (1980) expresa que el internado para niños comenzó como una práctica destinada a delincuentes organizada como un sistema penal o correccional infantil. Sin embargo hoy día la palabra internado ya no significa una especie de encierro. De hecho los niños suelen disfrutar de gran libertad de la presencia de los compañeros y educadores que le facilitan la adaptación luego consideran ese período como la época más dichosa de su pasado

Sin embargo según Aubin aunque se han realizado modificaciones en estos medios el mito de que estos centros están dirigidos a niños delincuentes o problemáticos permanece vivo. Es por eso que algunos consideran que los niños normales no se benefician al estar internados siendo extraño encontrar buenos alumnos entre los internos

Para Aubin un centro debe cumplir con las siguientes necesidades fundamentales: hacer cumplir la función de un hogar donde se perciba un ambiente familiar con el calor afectivo que este supone; brindar una adecuada educación tanto en el plano escolar como en espacios de ocio; y estimular el mantenimiento y el contacto con la familia así como también el alimentar las relaciones constructivas con otros niños

El problema del internado o de los hogares sustitutos radica en que muchas veces no se contempla que nada reemplaza a la familia y que nadie puede hacer la misma función que un

padre o una madre sobre todo en niños. Por más que el centro intente cumplir o satisfacer las necesidades del niño, es una situación artificial, difícil y engañosa.

Durante la década de los años treinta y cuarenta se realizaron estudios que aportaron por medio de sus observaciones e investigaciones información sobre los efectos desfavorables que el extenso cuidado institucional y/o frecuentes cambios en la figura materna durante los primeros años de vida tienen sobre el desarrollo de la personalidad. Entre ellos podemos mencionar las aportaciones de Laurotta Bender (1941), John Bowlby (1940, 1944), Dorothy Burlingham y Ana Freud (1942, 1944), William Goldfarb (1943), David Levy (1937), René Spitz (1945, 1946), entre otros.

De hecho, la primera película de René Spitz (1947) titulada *Grief: A Peril in Infancy* y la de James Robertson (1952) titulada *A Two Year Old Goes to Hospital*, suministraron información sobre las secuelas negativas que produce en los niños pequeños la institucionalización.

Según Martín M. Zapardiel (2003), catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, señala que toda separación del niño de su familia trae consigo

- Sentimientos de pérdida por la separación, aunque la relación con los cuidadores no era favorable.
- Estrés y ansiedad producidos por el temor a lo desconocido.
- Temores vinculados con el retorno al hogar.
- Temores relacionados con el mantenimiento de las relaciones con los familiares y compañeros que están fuera del centro.

Zapardiel igualmente destaca que es necesario que las residencias infantiles se caractericen por ser un ambiente acogedor intencionalmente creado que facilite el desarrollo sano y la comunicacion entre los ninos y entre estos con los adultos que estan a cargo de su cuidado Para ello presenta cuatro factores necesarios

- **Distribución adecuada del espacio** conocer y utilizar espacios del centro en funcion de las actividades y respetar los espacios y pertenencias de cada nino
- **Organización del tiempo** establecer horarios sin rigidez para cada actividad respetando la capacidad de cada niño para adaptarse a las actividades
- **Relaciones sociales** brindar en la medida de lo posible estabilidad y consistencia en las relaciones posibilidad de establecer y mantener una buena comunicacion que sea coherente y que despeje dudas así como tambien ofrecer proteccion y seguridad
- **Experiencias basicas de la vida diaria** ayudarlos y acompañarlos en las tareas de higiene y cuidado apoyo en el estudio y brindarles tiempo libre de socializacion y de ocio

1 1 2 Hogar de las Mercedes

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por numerosas transformaciones físicas y psiquicas en el cual podemos observar como nuestra juventud panamena se desenvuelve en este proceso evolutivo Ante las demandas y necesidades sociales de nuestros jovenes llegan a Panama los religiosos y religiosas de la orden de la Merced para responder a esta problematica En nuestro pais los mercedarios iniciaron un proyecto para desarrollar Obras Sociales a traves de la Parroquia Nuestra Senora de Fatima ubicada en el barrio de El

Chorrillo donde actualmente existe un alto nivel de pobreza problemas sociales y familiares razón por la cual se funda en el año 1981 el primer comedor Parroquial para aliviar la desnutrición de niños y ancianos. Los problemas sociales de este barrio se agravan con el hacinamiento a medida que crecen las familias. Las viviendas son muy pequeñas y los caserones de madera condenados se convierten automáticamente en peligrosas trampas donde juegan los niños inocentemente.

La desnutrición en niños y ancianos motiva a la Parroquia Nuestra Señora de Fatima a establecer diferentes programas que han surgido con gran esfuerzo y con el apoyo de la comunidad. Los proyectos van tomando forma con la labor y tesson de los religiosos y religiosas de la Orden de la Merced que han motivado a empresas y a personas generosas para que se sumen al esfuerzo social.

El gran problema social de El Chorrillo son los jóvenes vagan sin hacer nada proliferando la delincuencia. La parroquia Nuestra Señora de Fatima trata de llenar el vacío de la orientación familiar y al tiempo que los jóvenes estudian se les inculca valores y respeto a los demás y a ellos mismos. En el hogar de las Mercedes se les estimulan sus aptitudes se les provee cariño y se les hace sentir necesarios y con capacidad de poner rumbo a sus vidas. Viendo esta necesidad los religiosos y religiosas de la Orden de la Merced crean el Hogar de Varones y Muchachas.

Para el año de 1985 nace el Hogar de Ancianos San Pedro Nolasco cuenta la historia que diariamente amanecía en las puertas de la Iglesia un señor llamado Salvador Castillo en estado deplorable y cuando se abrían las puertas éste entraba y se acostaba a dormir en las bancas. El señor Castillo fue el primer residente del hogar hoy en día se hospedan 20 ancianos varones y 20 mujeres. Aparte de los residentes hay un gran número de ancianos que

no duermen en el Hogar pero participan de las comidas y de las actividades durante el dia para luego regresar a sus viviendas de este modo la Parroquia se convierte en el hogar donde pasan sus ultimos dias

Ante el apremiante problema de la desnutricion se habilito un area donde diariamente se repartian emparedados como una solucion rapida Inmediatamente se conformo un comite de ayuda que trabajaba con el padre Joaquin Millan recibiendo diariamente donaciones de comida y ayuda economica De esta forma se instalo una cocina para responder la demanda de ofrecer comida saludable y balanceada

La problematica de los jovenes en insertarse al campo laboral y la falta de capacitacion llevo a los religiosos y religiosas de la Orden de la Merced a crear el Instituto Tecnico Vocacional como respuesta a aquellos jovenes que en su mayoria no han finalizado sus estudios secundarios Este instituto ofrece cursos practicos con una duracion de cinco meses Entre los cursos que ofrecen encontramos mecanica ebanisteria electricidad belleza soldadura y computacion El instituto se mantiene con becas de B/ 40 00 al mes por alumno

Otro proyecto importante creado para responder a las necesidades de la poblacion del barrio de El Chorrillo es el Computer ClubHouse centro apoyado por el antiguo Intel en colaboracion con el Museo de Ciencias de Boston y del Laboratorio de Medios del Instituto Tecnologico de Massachussets (MIT) lugar donde los jovenes se reunen para disenar y crear con tecnologia utilizando el modelo aprender haciendo

Otros programas que ofrecen son Kinder Casita de Fatima Religiosas Mercedarias de la Caridad y ninas del hogar Clinica Popular y el Apadrinamiento de 105 ninos desde Elche (España)

Por medio de las diferentes obras sociales que ofrece la Parroquia Nuestra Señora de Fatima esta se convierte automáticamente para estos niños y jóvenes procedentes de la ciudad capital como del interior en un hogar sustituto cuya función principal es el asumir temporalmente la responsabilidad y compromiso de brindar un ambiente afectivo reparador de las experiencias de vulnerabilidad de estos niños y jóvenes

La permanencia de estos niños y jóvenes será por un periodo de nueve meses o hasta concluir su preparación académica. Se manejan reglas internas que deben cumplirse donde los niños y jóvenes podrán retirarse a visitar a sus familiares bajo condiciones especiales (una vez a la semana o cada quince días) y regresar nuevamente al Hogar. Podrán recibir visitas o llamadas de parientes

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEÓRICA

2 1 ANSIEDAD

2 1 2 La Ansiedad un mecanismo normal adaptativo y universal

La ansiedad es un fenómeno que ocurre en todas las personas y que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio social laboral o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Por ejemplo, nos ayuda a estudiar si estamos frente a un examen, estar alerta ante una cita o una entrevista de trabajo, huir ante un incendio, etc.

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos, no estamos ante un simple problema de nervios, sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad, cada uno con sus características propias.

Se calcula que entre un 15% y un 20% de la población padece o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. La mejora espontánea (es decir, sin consulta ni tratamiento) de los problemas por ansiedad es improbable. Solo se produce en muy pocos casos. En la mayoría de los casos, la ansiedad tiende a mantenerse e incluso a extenderse y generalizarse. Tratar de sobreponerse a base de fuerza de voluntad, como piensan algunas personas, no es efectivo. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, no es suficiente. Lo más conveniente es

tratarse lo antes posible La gran mayoría de los casos mejoran siguiendo el tratamiento adecuado

Más allá de los llamados trastornos por ansiedad (pánico agorafobia fobia social obsesiones ansiedad generalizada etc) la ansiedad es además un componente importante de otros problemas problemas de alimentación problemas sexuales problemas de relación personal dificultades de rendimiento intelectual molestias físicas de origen psicosomático etc

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos

Físicos Taquicardia palpitaciones opresión en el pecho falta de aire temblores sudoración molestias digestivas náuseas vómitos nudo en el estómago alteraciones de la alimentación tensión y rigidez muscular cansancio hormigueo sensación de mareo e inestabilidad Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño la alimentación y la respuesta sexual

Psicológicos Inquietud agobio sensación de amenaza o peligro ganas de huir o atacar inseguridad sensación de vacío sensación de extrañeza o despersonalización temor a perder el control celos sospechas incertidumbre dificultad para tomar decisiones

En casos más extremos temor a la muerte la locura o el suicidio

De conducta Estado de alerta e hipervigilancia bloqueos torpeza o dificultad para actuar

impulsividad inquietud motora dificultad para estarse quieto y en reposo Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal posturas cerradas rigidez movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas cambios en la voz expresión facial de asombro duda o crispación etc

Intelectuales o cognitivos Dificultades de atención concentración y memoria aumento de los despistes y descuidos preocupación excesiva expectativas negativas rumiación pensamientos distorsionados e importunos incremento de las dudas y la sensación de confusión tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables sobrevalorar pequeños detalles desfavorables abuso de la prevención y de la sospecha interpretaciones inadecuadas susceptibilidad etc

Sociales Irritabilidad ensimismamiento dificultades para iniciar o seguir una conversación en unos casos y verborrea en otros bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos temor excesivo a posibles conflictos etc

No todas las personas tienen los mismos síntomas ni estos la misma intensidad en todos los casos Cada persona según su predisposición biológica y/ o psicológica se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas Algunos de ellos solo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas normalmente de poca intensidad poca duración y son poco incapacitantes La ansiedad normal y proporcionada así como sus manifestaciones no puede

ni deben eliminarse dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal e incluso distinguirla de la patológica.

2.2 TERAPIA PSICOANALÍTICA DEL ADOLESCENTE

2.2.1 Importancia del Conocimiento Profundo del Desarrollo del Adolescente como Instrumento Fundamental del Psicoterapeuta

La adolescencia es un período de transición en el que la persona logra el funcionamiento adulto de la personalidad. Desde el punto de vista psicoanalítico, se entiende como un proceso de redistribución de las inversiones afectivas en nuevas o antiguas personas, objetos de interés emocional.

Las vinculaciones afectivas a las figuras de los padres en la infancia temprana persisten vigentes hasta que el prolongado proceso adolescente logra la desvinculación. El ejercicio dirigido a lograr esta desvinculación implica múltiples movimientos progresivos, regresivos y realternativos a numerosas estaciones y subestaciones regresivas que recapitulan la prolongada infancia del individuo.

Este proceso Blois lo considera como un segundo período de individuación, ya que implica el desarrollo del concepto de sí mismo (self) ahora a través de la adolescencia, en un proceso que integra conceptos a un nivel abstracto permitiendo una noción integral y permanente de

la identidad y una autorrepresentación multidimensional con las correspondientes resonancias afectivas. Las funciones psicológicas relativas al sentido de la realidad emanan de este proceso fundamentalmente afectivo en sus cimientos.

El logro de la individuación es la gradual disponibilidad afectiva para establecer vinculaciones con nuevas figuras que progresivamente son más reales, menos contaminadas con afectos que pertenecieron a las vinculaciones infantiles tempranas con los padres de esas épocas. En el largo trayecto de sus vinculaciones, el adolescente encuentra figuras relacionales de transición. Estas figuras son recipientes de afectos vinculares primitivos adheridos a las figuras de la infancia. Estas funcionan como aparatos metabólicos que modifican el aspecto vincular de los afectos y promueven la movilidad afectiva, la individuación y la disponibilidad para las relaciones reales.

El proceso de movilización de intereses relacionales tempranos a objetos transitorios progresivamente más reales (novias o novios fantaseados, inexistentes, cantantes de moda, actores o actrices, líderes religiosos, sociales o políticos, maestros, compañeros, figuras relacionales de erotismo intenso consciente o inconsciente, heterosexual y homosexual, entre otros) es universal y constituye un constante movimiento progresivo, regresivo (Blos, 1967) y real alternativo. En este proceso se produce un debilitamiento yoico originado por los siguientes factores:

- El desapego afectivo (extrañable) de las figuras de los padres haciendo que el adolescente pierda el apoyo yoico que estas figuras brindan (Blos, 1967).

- La intensificación del impulso sexual causada por el incremento en la concentración de las hormonas circulantes en la sangre que determina la pubertad (Josseline 1970)
- El narcisismo secundario como consecuencia del asombro afectivo de las figuras que habían sido centrales en la economía emocional cuando nuevas figuras del presente no están disponibles para cobrar importancia emocional en forma restitutiva. La soledad o aislamiento emocional ocasiona sensaciones de despersonalización
- Los cambios físicos que requieren de integración en la nueva representación mental de sí mismo y que mientras alcanzan dicha integración contribuyen a la producción de sensaciones de despersonalización (asombro)

En la persona que deja de ser niño surge la necesidad de romper las ataduras afectivas infantiles tempranas. Esta necesidad de desvincularse se produce por la intolerancia a los afectos de infantilización provocados por dichas desvinculaciones y que son desagradables para el adolescente en crecimiento. Además la pulsión hacia la desvinculación deviene en un movimiento de progresión.

La desvinculación que ha producido la progresión es causa de ansiedad porque el alejamiento psicológico de las figuras parentales debilita la seguridad que antes había estado reforzada por estas figuras. Este debilitamiento ocasiona un reaceramiento a las figuras de los padres. Este reaceramiento es un movimiento de regresión (Blos 1967) que vuelve a producir afectos desagradables que impulsan una nueva progresión.

Los afectos desagradables derivados de la dependencia y los afectos de ansiedad producidos por la independencia aseguran el movimiento progresivo regresivo y

real alternativo que caracteriza el vaivén afectivo de la adolescencia. Cuando el retorno a las figuras parentales es masivo (regresión) y el adolescente no logra el mecanismo reconstituidor que asegura la progresión, este adopta mecanismos defensivos en contra de los afectos o de los objetos (A. Freud, 1958) de forma tal que el adolescente muestra un antagonismo que se manifiesta en su ideología, forma de vestir, corte de cabello, etc. Este antagonismo a veces se hace intenso, provocando en los padres reacciones violentas. Estas reacciones refuerzan el resentimiento y enojo en contra de ellos por parte del joven, quien adopta avidamente estos afectos, ya que adquieren funciones defensivas en contra del afecto incestuoso o infantilizante.

Cuando el adolescente regresa sus vinculaciones a las figuras de sus padres para contrarrestar la ansiedad que le causa la individuación, retorna a ellos ya modificado por la desvinculación anterior y por las vinculaciones sustitutivas que ha establecido en forma transitoria y transicional. La modificación que ha sufrido es sobre la calidad de su interés (motivación) vincular.

Este movimiento alternante de progresión y regresión causa la maduración de las relaciones, haciéndolas en cada movimiento cada vez más reales. Progresivamente las vinculaciones se van desarrollando con base a características reales de las personas, y no en base a características relacionales que la persona ha arrastrado de su contexto temprano con sus padres.

Un ejemplo de este fenómeno es la protagonista de novela Eugenia Grandet de Honorato de Balzac. Eugenia, en su afán de individuación, se relaciona amorosamente

con su primo. El padre de ella envía al chico, quien ha quedado huérfano y dependiente económicamente de él, a trabajar a una ciudad lejana, interfiriendo así con la vinculación que han desarrollado los chicos. Eugenia le entrega a su amado, cuando este se despide, todas las monedas de oro que su padre le ha obsequiado una a una, cada año, el día de su cumpleaños. Al descubrir esto, el padre de Eugenia se encoleriza, pero se tranquiliza al descubrir que el muchacho dejó a Eugenia las fotografías de sus padres muertos. Las fotografías se encontraban en pequeños marcos con diamantes incrustados. Cuando el padre de Eugenia intenta desmontar los diamantes y aduenarse de ellos para reparar la pérdida de sus monedas de oro, Eugenia dramáticamente amenaza con clavarse las tijeras en el corazón si el padre toca una sola de las piedras preciosas. El padre atónito no entiende la magnitud de la respuesta emocional de su hija. La tragedia de esta novela se teje en torno a las vicisitudes que sufre el afecto intenso y apasionado al que nos referíamos en líneas anteriores.

Para llegar a la relación con las figuras definitivas, el adolescente se ha vinculado con muchas figuras intermedias (transitorias, provisionales) que han servido de peldaños en el movimiento progresivo-regresivo y que, en sí, han estimulado, producido y asegurado dicho movimiento progresivo-regresivo.

Hasta el momento se han revisado aspectos fundamentales del desarrollo psicológico a un nivel: el de las relaciones objetales. Existen otros niveles como el del desarrollo cognoscitivo y el psicosexual. En el primero, el desarrollo del pensamiento abstracto tiene una interacción sinérgica definitiva. En el de las relaciones interpersonales, se pone al servicio de la síntesis de la autorrepresentación, que ha incorporado tanto los genitales

como la funcion sexual ademas de todas las características nuevas externas e internas que conformaran la nueva representacion de si mismo

El desarrollo psicosexual es el de las fantasias masturbatorias que en la adolescencia parte del momento en que el continuo aumento de la pulsion erotica logra un minimo grado de registro preconscious. Durante la etapa de la latencia las pulsiones fueron contenidas y las fantasias sexuales (fantasia masturbatoria central) se habian mantenido reprimidas. Desde este punto de vista la adolescencia inicia cuando la intensidad del impulso erotico sobrepasa la represion y alcanza algun registro preconscious. El mayor o menor contenido erotico (fantasia masturbatoria) que aproxima al consciente depende de la senal de ansiedad que dispara mecanismos represivos y de la tolerancia alcanzada por el Superyo y de la modificacion que ha sufrido la fantasia masturbatoria central

La pulsion erotica crecerá en intensidad hasta que despierte el ejercicio de la funcion erotica del fantasear. El deseo erotico (urgencia de satisfaccion) se aproxima mas al consciente hasta que la excitacion y el deseo producen descargas conscientes o inconscientes de gratificacion parcial que aminoran la urgencia. En el hombre la descarga será acompañada frecuentemente por la eyaculación ya que en esta satisfaccion y eyaculacion se encuentran tan ligadas que la urgencia de satisfaccion en la persona que ya ha desarrollado las estructuras cognoscitivas correspondientes es percibida y registrada como una urgencia de eyacular

Una vez que la gratificacion ha sido alcanzada dado que la fantasia masturbatoria esta ligada a afectos y objetos incestuosos y conducentes a la fusion (infantiles) sobre todo al

principio de la adolescencia la persona experimenta afectos desagradables. Además de sentimiento de culpa, afecto más evolucionado evocado con relación al Superyo y a los valores socio familiares, la persona experimenta una sensación de infantilización que lo acerca afectivamente a la fusión con el objeto primario. Este afecto está más emparentado con el afecto de vergüenza y por tanto más en función de la relación con el padre pregenital.

Este ciclo masturbatorio es repetitivo a través del período de la adolescencia. Las representaciones de los objetos de gratificación de la fantasía masturbatoria se aproximan cada vez más al consciente. Estas aproximaciones imprimen modificaciones en los contenidos de la fantasía masturbatoria misma en términos de ir alcanzando una progresiva alienación en función de la tolerancia del Superyo y de lo que es aceptable por el medio sociofamiliar. Progresivamente el Superyo se modifica a través de este proceso, llegando a ser más tolerante y a estar más al servicio del Yo y de la adaptación.

Del mismo modo, el ejercicio masturbatorio a través de los años va logrando modificaciones progresivas de actividad de fantasía masturbatoria, ya que se orienta hacia la anticipación y preparación del acto sexual, según los objetos fantaseados se aproximan más y más a la realidad, hasta que se hacen correspondientes a los realmente existentes. En definitiva, el objeto real responde como la fantasía lo ha anticipado. A este nivel, el ejercicio de fantasía (función del Yo) ha dejado de ser masturbatorio y es anticipatorio y preparatorio de la relación sexual, que podrá realizarse si los contenidos de la fantasía se han alienado suficientemente en términos de la realidad.

La motivación gracias al vaiven relacional a través de múltiples objetos de transición se ha modificado al ser poco a poco desprovista de los elementos que le imprimieron los objetos primarios (los padres). Dicha motivación es dirigida en resolución de la adolescencia a objetos reales y eventualmente confluye hacia el objeto que ahora se ha elegido como satisfactor (de la necesidad que generó el impulso motivacional). Si el ejercicio masturbatorio ha progresado hacia la anticipación y preparación de la relación real (y por tanto ha dejado de ser masturbatorio) dicha anticipación corresponderá a la respuesta que el objeto amoroso produzca. Si la motivación ha sido verdaderamente descontaminada de los elementos tempranos la relación que se inicia será real. Si la motivación ha mantenido su fluidez a través de los diversos objetos de transición en el ejercicio de la individuación la autorrepresentación (el self) no requerirá de hipercatexia (narcisismo) que compense una inferioridad frente a la representación idealizada (Yo ideal) hipertrofiada e inalcanzable; el objeto será percibido a través de la empatía. Habrá consideración, respeto, honestidad, lealtad, habrá relación total.

Los logros que el proceso adolescente ha de alcanzar para cristalizar en la posición adulta son, entre otros, el desarrollo de la constancia y de la continuidad en la identidad, el acomodo del trauma residual, la orientación vocacional y ocupacional, la consolidación del Yo, la segunda individuación (Blos, 1967) y el establecimiento de las relaciones reales en el presente. Todos estos logros son interdependientes y se desarrollan paralelamente. La persona no puede lograr uno de ellos sin lograr los demás. El déficit del desarrollo en la resolución de la adolescencia se refleja en todas estas áreas.

2.3 DISPONIBILIDAD DEL TERAPEUTA DE ADOLESCENTES PARA PERMITIR LA VINCULACIÓN DEL PACIENTE CON SU PERSONA COMO OBJETO TRANSITORIO

Entre las figuras vinculares de transición se encuentra el psicoterapeuta. Su actuación se encuentra específicamente indicada cuando el movimiento progresivo regresivo se ha detenido y la individuación se encuentra interrumpida o en peligro de abortar. En general, la actuación del terapeuta está indicada siempre que se hace conveniente facilitar y alentar el movimiento progresivo regresivo.

El concepto de adolescencia como un segundo período de individuación a través de dicha movilización de afectos hacia nuevas figuras cada vez más reales que modifican a su vez la calidad relacional de dichos afectos nos lleva a conceptualizar el fenómeno transferencia en el tratamiento de los adolescentes agregando una nueva dimensión. Así, el terapeuta viene a ser una de esas figuras de transición que no solamente se pone disponible a su paciente adolescente para que este deposite en él sus afectos movilizados (transferidos) de las figuras tempranas sino que es objeto intermedio especialmente apto para facilitar una verdadera modificación (neutralización, desexualización, desagresivización (Hartman, 1964) de los intereses relacionales del adolescente. A través de este proceso el paciente logrará progresivamente establecer relaciones más reales en el presente.

Dicho de otra forma, el terapeuta facilitará su persona para que, como instrumento terapéutico en el mundo de las representaciones objetales del paciente en su aparato psicológico, este logre la modificación de los intereses motivacionales (necesidades

afectivas) que habian estado investidos en las figuras tempranas de los padres. Así tales motivaciones ya descontaminadas de los elementos afectivos tempranos destructivos e incestuosos quedan disponibles para establecer relaciones maduras (reales) con los objetos presentes.

Desde este punto de vista podemos decir que la función del terapeuta es mantenerse disponible a la vinculación y alentarla. Dicha relación ocurre en la situación terapéutica se le llama relación terapéutica. Esta relación terapéutica y la movilización afectiva en la figura del terapeuta han de cultivarse para ponerlas al servicio de la progresión. No están indicadas las intervenciones prematuras (interpretaciones o confrontaciones) que pudieran interferir con este proceso. Esta configuración transferencial exquisita en el tratamiento de adolescentes ha de dirigirse a que el paciente reoriente sus afectos y los actualice de acuerdo a sus relaciones en el presente.

Además de estos aspectos específicos que presenta la transferencia en el tratamiento psicológico del adolescente debemos referirnos a aspectos más generales que no siempre se presentan y que no es posible manejar en todos los casos. Casos en los que se desarrolla una completa neurosis de transferencia en la que el terapeuta no solo es la figura de transición que moviliza y modifica afectos hacia el presente sino que se hace depositario masivamente de los afectos infantiles. En casos como estos dichos afectos se recapitulan en la situación terapéutica sin mayor modificación y producen a veces en forma disociada una transferencia positiva y otra negativa intensas. Hemos de distinguir que nos estamos refiriendo aquí a un fenómeno intenso y masivo (neurosis de transferencia)) y no a los fenómenos transferenciales positivos y negativos que todo

paciente presenta tanto en su vida diaria externa como en relacion con el terapeuta. Estos fenomenos transferenciales en la situacion terapéutica son de moderada intensidad. En ocasiones se encuentran en aparentes mecanismos de defensa disociativos y permiten al terapeuta confrontar al paciente con su ambivalencia.

El manejo de la neurosis de transferencia requiere de habilidad por parte del terapeuta para enfrentar la transferencia negativa a tiempo de modo que no llegue a imposibilitar la relacion terapeutica y sin la premura que produzca un antagonismo que resulte abortivo para el tratamiento.

2.4 APTITUD DEL TERAPEUTA DE ADOLESCENTES PARA RESPONDER AFECTIVAMENTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES DE SU PACIENTE

La respuesta emocional del terapeuta a los afectos que el paciente experimenta en la situacion terapeutica se engloba junto con otros fenómenos que componen lo que se denomina contratransferencia.

Nos referimos a la sensibilidad del terapeuta para recibir los afectos del paciente que han sido acarreados a la relacion terapeutica y que básicamente conllevan determinantes transferidos de los objetos tempranos de la infancia del paciente. La respuesta emocional que se evoca en el terapeuta adquiere la funcion de señal afectiva que le revela la modalidad especifica (necesidad) del contenido y tiempo transferencial.

Este instrumento imprescindible dentro de las herramientas de trabajo del terapeuta implica una capacidad concreta para responder afectivamente a las necesidades emocionales del paciente y una aptitud para reconocer dicha respuesta emocional. La

capacidad de responder afectivamente tuvo que haber evolucionado a través del propio desarrollo del terapeuta. La aptitud de registrar el afecto evocado requiere el desarrollo de la sensibilidad que el terapeuta logra a través de su vida mediante su práctica profesional y el crecimiento por lo que le permite utilizar este instrumento como parte de su esfera libre de conflicto, es decir, a través de su análisis personal.

Emde (1988) se refiere a la capacidad emocional de respuesta con el término disponibilidad emocional. Sugiere que dicha capacidad deriva de las vivencias tempranas en la relación materno infantil. Sandler y Sandler (1978) subrayaron la importancia de una capacidad de respuesta afectiva flotante del terapeuta, además de la atención flotante. Dicha capacidad funcionaría como una señal afectiva que en el terapeuta evoca afectos correspondientes a las necesidades afectivas del paciente en términos de las movilizaciones afectivas transferenciales. Stern (1985) llamó a este acoplamiento afectivo entre el terapeuta y el paciente, sintonización emocional. Selma Kramer desde 1970 llamó potencial contratransferencial a esta capacidad del terapeuta.

Aparte de de estos elementos de la interacción emocional se agrega lo que Gittelsohn (1948) llama capacidad empática, que es la aptitud del terapeuta para percibir sensitivamente el estado de la estructura y balance emocionales de otra persona sobre la base de la conciencia de la propia experiencia. El fenómeno empatía es interpersonal, requiere de lenguaje común verbal y no verbal como vínculo para transportar a través de la proyección la vivencia emocional de una persona a otra. De este modo la experiencia emocional total de la situación terapéutica comprende

- La totalidad de las emociones que experimenta el paciente a través del proceso terapéutico
- La capacidad del terapeuta para responder afectivamente tanto a las emociones del paciente como a sus necesidades afectivas
- La aptitud del terapeuta para registrar sus propias respuestas emocionales
- La capacidad empática para valorar su propia respuesta afectiva como la experiencia emocional del paciente

2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA DEL TERAPEUTA PROPICIAS AL DESARROLLO DE LA RELACIÓN REAL

El instrumento que el terapeuta tiene para ayudar al paciente a modificar la calidad de sus relaciones en términos de hacerlas cada vez más reales y totales es su propia persona y la relación real que paulatinamente establece con el empleando elementos de respuesta real de su persona hacia la del paciente elementos que también quedan englobados en el término contratransferencia. Emde (1988) cita a Freud y nos recuerda que este consideró originalmente que los aspectos inobjetales de la transferencia son no técnicos. Por eso Emde dice que Freud se refiere a aspectos generales que incluyen las relaciones humanas decentes, corteses y respetuosas. Este tipo de características de la personalidad del terapeuta tienen determinante valor en el desarrollo de la relación real siendo el instrumento modificador de la calidad de las relaciones que establece el paciente. Esto implica que el terapeuta para serlo ha de poseer características específicamente humanas que le permiten desarrollar una mística en el trato con el paciente muy por encima de cualquier comprensión científica. El desarrollo y los sentimientos del paciente merecen por parte del terapeuta no solo respeto sino también una respuesta afectiva compasiva derivada de la empatía.

Características que no se adquieren en un adiestramiento ni se cuantifican con un prueba de conocimientos

La antigua filosofía griega se refiere a estas características como las que hacen al hombre hombre en el verdadero sentido de la palabra y que son en sí la entelequia de la humanidad es decir el estado de perfección al que tienden todos los seres humanos Sin ellas el hombre no es realmente hombre El antiguo filósofo Diógenes se paseaba por las calles de Atenas con una linterna en la mano entre los gentios de la gran ciudad y decía cínicamente busco a un hombre implicando que no lo había

Los griegos se refieren por esta entelequia del hombre a los valores físicos la belleza los valores espirituales la dignidad interna y la elevación La filosofía cristiana reconoce únicamente los valores espirituales y en una descripción melosa que los ha hecho perder fuerza se refiere al amor al prójimo y a la virtud teológica conferida por Dios que siguiendo a los griegos llama caridad

Erich Fromm describe estas características y las encierra en la actitud que llama amor y da a esta capacidad mucho más importancia y fuerza que al concepto freudiano de libido porque el amor implica un desarrollo mucho más complicado que la distribución de las fuerzas biológicas que pugnan por gratificación

La más depurada filosofía española la de Cervantes retoma el concepto de honor y bizarria del Cantar de Juglaría al considerar al hombre incapaz de mentir de traicionar y defraudar al prójimo al rey o a la patria El hombre primero muere con honor que manchar

su sentido de hombría. El Cantar de Juglaría rescata la fuerza de estos conceptos que se habían perdido en el concepto cristiano aunque imprime una connotación machista dada la orientación de la época que implicaba que sólo al varón se le pedía considerar intrínsecamente virtuoso.

Cervantes crea un personaje que cree en los valores humanos y en el palpita el sentir del caballero andante. Honor y justicia vienen antes que cualquier interés personal y familiar. Lleva a la acción dichos valores y distingue al hombre por su capacidad de actuar la justicia y el honor y no por la capacidad de pensar que lo llevan al egoísmo y al cálculo alejándolo de la virtud. Cervantes es el precursor del humanismo existencialista que apareció en el siglo diecinueve y Unamuno establece la continuidad con sus letras su convicción y su actuación quijotesca que lo lleva al exilio como al Mío Cid.

De la misma manera la filosofía y la postura judías dan por sentado la presencia de estos valores en lo que es intrínsecamente humano. Para esta postura ser humano es serlo en el sentido profundo del término encierra la entelequia espiritual de los griegos los valores propios de la bizarría del caballero español que excluye toda posibilidad de traición y de vileza los valores del refinamiento educación y consideración del caballero. Mas importante aún el ser humano posee la característica privilegiada que en hebreo recibe el nombre de *rakhmones* término equivalente a compasión pero tiene un contenido mucho más profundo que la palabra castellana. La palabra *rakhmones* connota un verdadero genuino y profundo interés por las necesidades y derechos del otro. Es el verdadero sentido de los ya desvirtuados términos amor al prójimo y caridad que utiliza la doctrina cristiana y del amor biofílico de la orientación filosófica frommiana.

Al expresar que el terapeuta ha de sentir compasion por su paciente no nos referimos a la lástima sino al interes respetuoso empatico generoso genuino y verdaderamente amistoso en las necesidades afectivas del paciente y sobre todo en su dolor Así el o la terapeuta ha de ser humano Solo así despertará la verdadera y real confianza del paciente que plenamente experimentara la confianza básica

La confianza basica es la característica que el paciente manifiesta a temprana edad basado en las expectativas de intercorrespondencia con los valores y características reales que le permitirá interactuar con el terapeuta de manera placida y sincera Este componente sera la tonica entre la relación cliente terapeuta llevandola a la calidad que el desarrollo de la relacion real exige

2 6 PSICOTERAPIA DE GRUPO EN NINOS Y ADOLESCENTES

En el año de 1921 Freud con su estudio sobre psicología de las masas fue uno de los iniciadores teoricos de la psicoterapia de grupo al proponer las bases psicologicas en el entendimiento de los grupos

Con la creacion del psicoanálisis se estableció una fuente original teorica y clinica a partir del cual se ha dado origen al resto de las psicoterapias de corte psicoanalitico o psicoterapias individuales incluyendo a la de niños y adolescentes y las psicoterapias grupales entre las cuales podemos mencionar la psicoterapia de pareja la de grupo y la de la familia y dentro de éstas las aplicables a niños y adolescentes

Fueron varios los especialistas clinicos que iniciaron en forma gradual este trabajo sobre todo con los adolescentes

Brevemente describiré algunos datos de estos pioneros

Jacob Moreno

Primer personaje clínico que trabajó con adolescentes en una situación grupal. En el año de 1911 su trabajo consistió en un acercamiento psicodramático con niños y adolescentes que presentaban características normales en los Jardines de Viena. Este estudio se realizó a través del conocido teatro espontáneo. Para el año de 1925 llevó el teatro espontáneo a Nueva York a iglesias y escuelas. Luego fue llamado teatro de impronta e incluía niños de cuatro a dieciséis años de edad. En estas actuaciones se buscaba que emergiera la habilidad creativa de los niños y se creyó que las improvisaciones eran el aspecto más importante para el crecimiento emocional y mental de dicha población infantil juvenil participante. En el método de la impronta se les daba a los niños tres pruebas llamadas imaginación, mimos y pruebas de carácter. Los niños eran confrontados con situaciones inesperadas y como respuesta ellos a través de sus actuaciones ofrecían información en relación a su estilo de carácter, visión del mundo y nivel intelectual. Todo ese tiempo Moreno se dedicó a trabajar con poblaciones normales de niños. Fue en el año de 1948 cuando aparece la primera referencia en la literatura especializada sobre psicoterapia de grupo para adolescentes.

Alfred Adler

Adler manejó grupos a raíz de las consecuencias o secuelas de las devastaciones de la Primera Guerra Mundial, estableciéndose en Viena y Munich centros clínicos cuyo objetivo era el tratar de prevenir la delincuencia entre los niños y los jóvenes. En estos lugares se efectuaba un trabajo grupal cuyos contenidos eran consejos, apoyo, autoobservación y compartir eventos de la vida con otros.

August Aichhorn

Fue educador se le reconoce como el primer psicoterapeuta de grupo de adolescentes. Es autor del libro *Wayward Youth* siendo un clásico para el psicoterapeuta. Se dedicó principalmente al trabajo con adolescentes delincuentes aplicando en ellos la teoría psicoanalítica de grupo.

S R Slavson

Fue educador a este autor se le reconoce como el padre de la terapia grupal para adolescentes. En un principio formó grupos a los que llamaba clubs de autocultura donde se reunían los adolescentes e interpretaban danzas, leían literatura y poesía, mantenían discusiones sobre temas filosóficos y científicos, ocasionalmente asistían a un concierto o a una función de danza. Había un interés especial en dejar al adolescente encontrar su propio camino en un ambiente de respeto y de libertad a su forma de pensar. Luego formó los grupos de actividades donde se realizaban excursiones y días de campo. Sus grupos incluían niños entre ocho y dieciséis años de edad. A estos grupos se les conocía como 'terapia de grupo de actividades'.

Fritz Redl

Trabajo con adolescentes delincuentes y se dedicó al trabajo en ciertas áreas de resistencia hacia la terapia grupal a través de su experiencia en el manejo de dichos grupos.

Betty Gabriel

Trabajadora social interesada en adolescentes laboro con grupos de niños y niñas Introdujo el juego y empleaba un espectáculo de títeres Jugaban y discutían problemas de la casa y de la escuela Había actividad y discusión

Kenneth Wollman

Integraba en sus grupos una parte atlética una parte de acción y otra de insight Tenían juegos y tiempo de discusiones también se incluían actividades deportivas Luego de jugar y discutir los adolescentes a través de estas actividades tenían la oportunidad de descargar sus tensiones También se promovía la socialización Trabajo con delincuentes

Las primeras actividades grupales llevadas a cabo por estos autores eran actividades para la gente joven y niños en su mayoría realizadas en poblaciones básicamente sanas Sin embargo a estos grupos se les fue dando un matiz terapéutico incluyendo a niños enfermos que requerían de ayuda psicoterapéutica misma que se administraba a través del grupo Esta experiencia fue de importancia en la formación de los grupos del mismo modo como también fue incluyendo gradualmente a la población infantil juvenil delincuente La experiencia obtenida del trabajo de estos clínicos en un principio con la población sana luego con la delincuente y finalmente con la población enferma forma la base clínica a partir de la cual fue emergiendo la terapia de grupo como se reconoce hoy en día

Irvin Yalom (1975) sintetizó lo que para él representan los elementos propios de grupo lo que a su vez están relacionados con los cambios esperados en el paciente unos inherentes al

fenomeno de agrupar y otros que surgen del grupo y a los que designa con el nombre de factores curativos. A continuacion se describiran estos factores curativos

Infundir Esperanza Esta es transmitida contagiada generalmente por el terapeuta basada en su propia creencia sobre el funcionamiento del grupo de igual forma asociada con los cambios que logran dichos miembros quienes tambien contagian al resto de los componentes

La Universalidad El paciente se da cuenta de que sus malestares son tambien propios de los demas produciendo una sensaci3n de pertenencia y tranquilidad

Ofrecer Informacion Se refiere a la respuesta o contestacion que dan el terapeuta u otros miembros del grupo a preguntas directas realizadas por los pacientes. Es de importancia la respuesta del terapeuta ya sea sobre interferencia en el desarrollo y otros temas que benefician al grupo

El Altruismo Es la importancia que en el grupo se le va dando al otro esto es preocuparse por 3l preguntar por 3l. Se establece un intercambio de dar y recibir fundamental en la formacion de la cultura grupal

La Recapitulacion Correctiva del Grupo Familiar Primario Los pacientes cargan con una serie de dificultades y conflictos procedentes de su relacion con miembros de su familia primaria. Estos conflictos se trasladaran al grupo a traves de la transferencia y una vez estos sean externalizados seran manejables

El Desarrollo de las Técnicas de Socialización El paciente dentro del grupo se muestra a los demás los que a su vez le dicen como es el reflejándole su imagen Esta función de espejar no es de una persona sino de varias ayudando más a este conocimiento personal y a veces fragmentado que se tiene de sí mismo

La Conducta de Imitación Es muy importante como formadora de la identidad del individuo la cual cobra fuerza en la adolescencia El grupo en sí a través de la cultura grupal servirá al paciente como modelo para identificarse Cuando algún miembro del grupo llega a este nivel es aceptado por la totalidad del grupo Este sentimiento de aceptación es muy importante

El Aprendizaje Interpersonal El paciente tendrá la oportunidad de ver como su conducta afecta a los demás y como la conducta de los demás lo afecta a él es decir que en grupo se aprende a ver el impacto de uno sobre los demás y viceversa En este sentido en términos de F Alexander el grupo funciona como una experiencia correctiva

El hombre es por excelencia un animal gregario Tiene la necesidad de ser amado reconocido poderoso y rico también posee sentimientos de soledad y finitud los cuales son compartidos por los hombres en todas las latitudes y bajo diferentes expresiones culturales

La Cohesión del Grupo La cohesión es la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros analíticamente ésta es el vínculo curativo que se establece entre sus miembros ellos mismos y entre ellos y el terapeuta bajo un setting y matriz grupal común Este vínculo es el que lleva a la formación de la cultura grupal

La Catarsis La liberación expresiva ligada al recuerdo resulta beneficioso tanto para el paciente como para todo el grupo. Una vez dada esta se presenta la ocasión de trabajar en forma individual y grupal igualmente produce sentimientos de apoyo y solidaridad.

Los Factores Existenciales Se refieren a la aceptación de la realidad como por ejemplo las injusticias externas, enfermedades físicas, carencias físicas y psicológicas entre otras. Aquí es cuando el grupo contiene, apoya y ayuda a la elaboración de estos problemas.

La práctica de la psicoterapia breve de grupo posee ventajas y entre ellas podemos mencionar:

- La conceptualización de metas terapéuticas limitadas que se enfocan a una o dos áreas problemáticas como blanco.
- La utilización de técnicas terapéuticas activas para explorar y sanar estas áreas.
- La actitud de expectación optimista de que sí puede ocurrir un cambio en un tiempo breve.
- La interpretación transferencial temprana la cual es analizada en relación con los problemas ya focalizados.

Asimismo se ofrecen principios generales para la práctica de este tipo de psicoterapia breve de grupo. Esta puede durar entre diez y veinte sesiones.

De inmediato se detallan estos principios.

- Composición del grupo y filtro de pregrupo Realizado el filtro de acuerdo a las expectativas del terapeuta sea que se vaya a formar un grupo terapeutico o de investigacion aquellos que son seleccionados deberan tener habilidad de verbalizar una queja nivel significativo de vision psicologica deseo de explorar y crecer deseo de entrar a terapia breve expectativas realistas del grupo y deseo de relacionarse y de ser influenciado por otros
- Hacer metas concretas y que se puedan alcanzar los grupos se conforman con pacientes de la misma edad y todos tienden a compartir problemas comunes de desarrollo
- Cohesión de grupo
- Manejo de cuatro estadios del desarrollo grupal en la terapia breve primero introduccion de todos esto implica cuales son las metas tecnicas de trabajo y tiempo limite segundo establecer la cohesion grupal donde se les brinda la responsabilidad al grupo los lideres se callan mas y se interpreta la transferencia tercero se maneja el aqui y ahora ante la terminación eminente verbalizar dichos sentimientos y cuarto se cierra es decir y su objetivo es conocer aquello que se puede obtener y lo que no se puede conseguir También se maneja el aqui y el ahora
- Construir una atmosfera de grupo de trabajo
- Estilo del lider y tecnicos El terapeuta debe ser flexible y muy activo Hay que proporcionar sugerencias o dejar tareas especificas Forzar conexiones con el pasado genetico de cada uno y despues mantenerlos en el presente En las primeras fases el terapeuta es activo luego disminuye para ractivarse nuevamente

- Niveles estructurales de la focalización de problemas Ser realista es decir conocer si el material se hace o no consciente ya que no habrá tiempo de manejarlo Se debe laborar más con el Yo que con el Ello
- Lidiando con la transferencia contratransferencia Tratar de mantener una transferencia positiva
- Relación con el coterapeuta Estos deben relacionarse bien antes y después de cada sesión deben discutir abiertamente lo que está pasando en el grupo
- Factores curativos Existen cuatro áreas generales de mejora La primera área es el aprendizaje interpersonal la segunda la cohesión es decir la pertenencia al grupo la tercera la catarsis y la cuarta área es el insight

Es importante el apoyo de unos a otros en el grupo Durante la permanencia del adolescente en el grupo ocurre el llamado fenómeno del espejo o proceso de identificación Su pertenencia al grupo los hace descubrir a cada uno de ellos que no son los únicos que tienen problemas Las ligas internacionales o relaciones grupales que se forman entre los coetáneos forman el proceso grupal Se establece un sentimiento de pertenencia o de identidad grupal A través de estas experiencias se produce la construcción de una contención que a su vez provoca el sentimiento de cargarse unos a otros o que alguien cuide de mí Este fenómeno recibe el nombre de los ángeles guardianes

En lo que respecta a la técnica para el manejo grupal es necesario tomar en consideración los siguientes aspectos

- Tipos de transferencia en el grupo El reconocimiento de la naturaleza tripartita de la transferencia en los grupos Aquí Yalom ofrece una base adecuada para el entendimiento de su dinámica

Transferencia (clásica) hacia la figura central modelado según la neurosis de transferencia propia del análisis

Transferencia hacia los pares del grupo modelado según la neurosis familiar

Transferencia hacia el grupo como totalidad El grupo simboliza la figura materna preedipica (confianza básica) Este modo incluye todas las relaciones de cada uno de los miembros para con los demás en un orden de naturaleza transferencial como real

Resulta esencial para el proceso grupal la transferencia que establece el fondo de la red de comunicación

- Los grupos poseen una mayor tendencia regresiva que no se da en el paciente individual La regresión debe ser controlada y el terapeuta conocerá que en cada sesión hay que tener un inicio un proceso y una despedida
- Se inicia con el trabajo en equipo El terapeuta permite que fluya en él la comunicación en niños latentes y adolescentes y la socialización en preedípicos que impide que uno de los miembros se aisle

- La tarea del terapeuta es facilitar la interacción en el grupo. En algunos casos la inicia el terapeuta, el cual logra que esta función sea rotativa entre los participantes. Esto es lo que se conoce en algunas ocasiones como un role playing espontáneo, es decir, alguien juega al líder y el grupo asume su control, permite un insight cuando está regulado, ya que uno de los miembros del grupo asume el poder y al mismo tiempo conlleva la responsabilidad de crecer.
- El grupo puede ser de dos miembros o más.
- Existen reglas además del encuadre en cuanto a la asistencia, puntualidad, retiros, vacaciones, compañía a los menores en la sala de espera, entre otros, y en ellos se señala que no está permitido la destrucción del mobiliario ni la expresión de agresión física, solo verbal, y no actuar en forma directa, pero sí puede ser expresado a través del juego.
- Las sesiones tienden a ser una vez por semana por motivos de desplazamientos, el tráfico, ocupaciones de los padres y otras que lo justifican. El tiempo de duración de las sesiones en los niños preedípicos puede ser de cuarenta y cinco minutos a una hora, en niños latentes de hora y media y en los adolescentes desde hora y media a dos horas cuarenta minutos. Esta última sesión se conoce como técnica Tavistock (veinte minutos por participante). También se emplea en el trabajo de adultos.
- Tanto en grupo como en el análisis individual, las sesiones no están predeterminadas en cuanto a su contenido. Se permite y alienta la libre expresión, se trabaja impidiendo la dispersión desde el principio, la cual es generalmente una resistencia. Se alienta a que en el grupo haya un comentario al

material aportado por un miembro del grupo y su posible discusion de forma espontanea

- En la interaccion es frecuente que el paciente se vea reflejado en los otros pacientes lo cual en si es una meta del proceso De igual forma es posible que se trabaje con sueños Al surgir estos sueños provocan en el grupo una invitacion para que todos intenten descifrarlos
- En niños y adolescentes es comun que coman durante las sesiones ya sea que compartan o no los dulces independientemente de su significado regresivo oral y de la interpretacion que pueda darse
- La confidencialidad implica que se proteja el material (expresiones comentarios entre otros) que surja del grupo asi como tambien el anonimato de los participantes

Muchos autores estan de acuerdo en que se debe tomar en consideracion las historias de los pacientes como sus diagnosticos ya que cada terapeuta hace su seleccion en base a sus intereses particulares y especificos sean estos clinicos o de investigacion En forma general los pacientes que pueden beneficiarse de la terapia de grupo son

- Pacientes con problemas para la socializacion como los hijos unicos agresivos timidos inhibidos o esquizoides
- Pacientes que han sido rechazados por su origen color raza o por su expresion generica sexual y los que tienen limitaciones fisicas
- Pacientes con problemas de narcisismo desafiantes manipuladores o seductores independientemente del trastorno psicopatologico que manifiesten

- Pacientes con alteraciones del desarrollo en general los preedipicos con ansiedad de separación y conductas regresivas o con trastornos de identificación psicosexual los edipicos con problemas de erotización fijaciones o trastornos de los hábitos los latentes con inhibición impulsividad o con problemas para la socialización puberes y adolescentes con problemas de adaptación en el manejo de los cambios corporales de la autoridad y con necesidad de integrarse a un grupo de pertenencia pero que aun no lo han logrado

2.7 EL GRUPO COMO OBJETO

2.7.1 Los Nuevos Objetos

El concepto objeto ha sido definido y utilizado de distintas manera en la teoría psicoanalítica la noción de objeto puede entenderse bajo tres aspectos como correlato de la pulsión como correlato de amor y como correlato del sujeto que percibe y conoce (Laplanche y Pontalis 1967)

El concepto de objeto lo podemos ver en distintas aplicaciones desde el punto de vista de la Psicología de las masas el grupo puede entenderse según los siguientes tres puntos en primer lugar el grupo en conexión con los instintos puede percibirse como un objeto oral que provee nutrición emocional o realimentación a la autoestima de los miembros del grupo y a su sentido de identidad En segundo lugar en relación con los afectos el grupo puede ser descrito como una buena o como una mala madre En tercer lugar implica que el grupo puede ser examinado a través de la dinámica que se desarrolla dentro de él (Ganzarín 1990)

La noción de grupo como objeto fue propuesta por Jean Bertrand Pontails en 1963. Pontails trazó la importancia del vínculo en el proceso grupal y señaló que el grupo como objeto funciona en el campo de lo psíquico. Es decir, más que una trascendencia sociológica veía en el grupo una influencia psicosociológica (Kàes 1977).

Esto nos señala que el desarrollo psíquico y la dinámica del grupo se encuentra a lo largo de un continuo: el desarrollo psíquico se despliega en la interacción con otros significados por lo que se incorporan conceptos tanto interactivos como intrapsíquicos (Ashbach y Schermer 1987).

Armando Bauleo en *Psicoanálisis y grupalidad* (1997) nos habla de nuevos objetos en la clínica psicoanalítica. Esto permite no solo repensar lo individual a partir de lo numeroso sino también reflexionar sobre la importancia que tiene la relación en la articulación entre el objeto y el sujeto. Propone concebir al objeto como derivación de un vínculo como un punto en la movilidad de los vínculos entre el sujeto y los objetos. En la clínica estos nuevos objetos no solo movilizan y transforman las identificaciones sino también los objetos internos: los nuevos configuran a los internos. Además permite pensar que el grupo funciona como un polipsiquismo (parecido al individual) que está estructurado por objetos internos donde lo malo es rechazado y puesto en el otro y el yo está formado por las identificaciones múltiples.

Esto nos remite a la teoría kleiniana desde que Melanie Klein propuso los orígenes tempranos de los sentimientos de culpa: nuevas perspectivas se desplegaron en la Psicología del Grupo. Empezó a considerarse al grupo primariamente como sustituto materno, es decir al igual que la relación madre-infante, todo grupo según las oscilaciones de la ambivalencia de sus miembros puede ser sentido como una buena o como una mala madre.

(Ashbach y Schemer 1987 en Groosman 2003) señalan como en los grupos se reviven las posiciones que proponía Klein. Por ejemplo, cuando se presentan condiciones de ansiedad y regresión, se asume la posición esquizo-paranoide, produciéndose relaciones parciales con objetos. En dicho estado, el grupo moviliza defensas específicas contra la ansiedad persecutoria, proyectando los afectos e impulsos negativos e introyectando cualidades confortantes. Además de la introyección y de la proyección continua, la fantasía favorece los mecanismos de escisión, idealización, devaluación y negación; asimismo, la envidia acompaña el proceso del grupo. La posición esquizo-paranoide descubre la cultura del grupo, ya sea en sus relaciones interpersonales o en las valencias individuales, y permite utilizar al grupo como un contenedor de ansiedades.

Por otra parte, cuando en el grupo se advierte un falso optimismo o bien una sensación de desesperanza, es señal de que se ha alcanzado la posición depresiva. Cuando el grupo se encuentra en posición depresiva, se evidencia preocupación por los demás, conciencia de separación y pérdida, y la emergencia de sentimientos de culpa (Ashbach y Schemer 1987 en Groosman 2003).

Es importante resaltar que la teoría de las relaciones objetales que propone Kohut es distinta a la formulada por Klein. La Psicología del Self que expone Kohut resalta la necesidad que tiene el Self de poder contar o relacionarse con objetos del Self. A diferencia de aquella autora, Kohut no distingue entre Self y objetos, ya que considera que hacer la diferencia entre ambos provoca tensión y envidia. En cambio, el factor principal en el análisis kleiniano es la integración, es decir, la distinción entre el Self y el objeto, entre las identificaciones proyectivas e introyectivas, y la reducción de la desintegración, de manera que se pueda utilizar la personalidad total (Segal (1967)).

Para comprender los fenomenos bajo los cuales operan los grupos se hace necesario ubicar la Psicologia del Grupo bajo tres teorias o modelos la Teoria de las Relaciones Objetales la Teoria del Self y la Psicologia del Ego Pese a las discrepancias de formacion o ideologia estas tres Escuelas convergen formando un nuevo paradigma que nos permite entrever no solo una nueva concepcion de objeto sino una aproximacion en cuanto al funcionamiento en los grupos y la manera de abordarlos (Ashbach y Schemer 1987 en Groosman 2003)

Bajo este nuevo paradigma entendemos que los grupos se despliegan de manera ambivalente a traves del proceso de separacion/ individuacion al igual que lo hace un nino Este proceso es alcanzado a traves de las maniobras defensivas adaptativas de internalizacion externalizacion del resguardo de la autoestima y el narcisismo y del manejo de las ansiedades relacionadas con la fragmentacion la perdida de objetos y la disminucion de los lazos del Ego (Ashbach y Schemer 1987 en Groosman 2003)

La experiencia grupal permite establecer vivir y elaborar relaciones de objeto modalidades identificatorias y vias de realizaci3n de deseos inconscientes Las diversas subjetividades que se constituyen en el grupo la formacion grupal del inconsciente y la posibilidad de interactuar una misma historia subjetiva segun tiempos y espacios diferentes permiten que se movilicen y elaboren estas primeras relaciones de objeto (Kaes 1977)

2.8 EL GRUPO COMO UNA MALA MADRE

Los grupos desempeñan la funci3n de buena madre y esto se destaca en la teoria psicoanalitica pero no asi la que puede representar como mala madre Ganzarain (1990)

afirma que considerar el fenómeno poco estudiado ayuda a comprender las defensas y ansiedades que se generan en la psicoterapia

Segun Ganzarain (1990) idealizar la figura de la madre es una necesidad humana necesidad que se encuentra resguardada bajo los mecanismos de la disociación (splitting) y de la negacion omnipotente Sin embargo el uso de estos mecanismos provoca un considerable malestar y ansiedad Es por ello que los aspectos maternos malos generalmente son negados

Los grupos proyectan y niegan los aspectos malos al tiempo que promueven confusion sobre quien es el malo atribuyendolo exclusivamente a un miembro del grupo al lider o bien fuera del grupo

El grupo como una mala madre es percibido como

- Demandante puesto que no hay libertad para ser uno mismo
- Insaciable puesto que despoja a los miembros de sus creditos
- No reciproco ya que los miembros necesitan del grupo pero este puede prescindir de un miembro

Intrusivo porque los miembros demandan con hostilidad descubrir los secretos y hacerlos publicos

En la transferencia el grupo incrementa las necesidades emocionales de los miembros refuerza sus ansiedades y defensas y promueve recuerdos o escenas retrospectivas (flashbacks) de experiencias traumaticas Cuando prevalecen conflictos orales los miembros del grupo pueden tener la sensacion de estar abandonados y sentir que la psicoterapia los paraliza e inhabilita para cuidar de si mismos Por el contrario cuando

son conflictos sadomasoquistas los que predominan los miembros pueden sentir que han perdido su identidad y que una ley rigida y punitiva rige en el grupo como si una madre abusiva desea imponerle sus valores

Señala Ganzarain (1990) que dado que el grupo se vuelve rigido e inflexible cuando actua bajo la representacion de una mala madre la transferencia negativa domina el proceso. Lo importante es por tanto poder integrar los aspectos buenos y malos de los objetos y de las representaciones del Self para poder explorar la ambivalencia de sentimientos e integrarlos y promover la idealizacion en el grupo como una buena madre

2.9 PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

2.9.1 Definición de Psicoterapia Psicoanalitica

La psicoterapia psicoanalitica es definida por Coderch en 1990 de la siguiente manera. La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva a cabo de acuerdo con una metodologia sistematizada y basada en determinados fundamentos teoricos y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones a traves de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

Al referirnos a la psicoterapia psicoanalitica hacemos referencia a una derivacion de la cura tipo es decir del Psicoanálisis que se caracteriza por el trabajo de algunos focos psicopatologicos especificos y delimitados previamente a trabajar en un numero menor de sesiones semanales. La psicoterapia psicoanalitica es un tratamiento de orientacion

psicoanalítica que no intenta resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes como en el Psicoanálisis sino resolver algunas resistencias y reforzar otras intentando lograr una mayor integración del yo. De hecho sería correcto referirnos a psicoterapias psicoanalíticas en plural ya que se incluyen en esta definición todo un conjunto de técnicas psicoanalíticas: la psicoterapia psicoanalítica individual, la psicoterapia grupal, la psicoterapia breve, la psicoterapia institucional y la psicoterapia de apoyo (Avila y Poch 1994).

Con base a la teoría presentada y la modalidad terapéutica utilizada en nuestra investigación es importante realizar una revisión de los conceptos fundamentales de la teoría y técnicas de la psicoterapia de grupo, la psicoterapia breve y la psicoterapia con adolescentes todos desde una orientación psicoanalítica.

2.10 PSICOTERAPIA BREVE

Los orígenes de la psicoterapia breve se remontan a los esfuerzos de Freud por hallar la cura de las neurosis. Freud esperaba curas rápidas con sus pacientes tratando de evitar la prolongación del proceso terapéutico psicoanalítico. De ahí su insistencia en el uso de la interpretación activa durante sus primeros casos (Small y Bellak 1972).

Los primeros tratamientos breves que realizó Freud se remontan a los Estudios sobre la Histeria (Freud 1895). Tenemos el caso de Lucy R. que fue tratada durante nueve semanas a razón de una vez por semana. Emma Von R. durante siete semanas en un primer periodo y ocho semanas durante un segundo periodo. El caso excepcional de Katharina duró solo una sesión. El famoso caso Dora en Fragmento de Análisis de una

Histeria (Freud 1905) a quien Freud atendió por once semanas. Cuando el doctor la vuelve a ver quince meses más tarde la mejora era evidente. Situación similar en El Hombre de las Ratas Freud (1909) este era el caso de un obsesivo grave que mejora en su vida y trabaja luego de un tratamiento de once meses de duración. Estos y otros casos llevan a Freud a evolucionar la teoría y la técnica del psicoanálisis y a señalar en Análisis Terminable e Interminable (Freud 1937) que el acortamiento de la duración del análisis era un hecho deseable. Sin embargo fueron los contemporáneos a Freud quienes empezaron a insistir en la importancia de que se acortaran los tratamientos. Entre ellos Sandor Ferenczi con la técnica activa quien posteriormente junto con Otto Rank escribe Perspectivas del Psicoanálisis (Ferenczi y Rank 1924) obra que se centra en un análisis crítico de los procesos psicoanalíticos terapéuticos subrayan que en aquel entonces la necesidad de hacer modificaciones a la técnica encaminadas a abreviar el tratamiento.

Después de la Segunda Guerra Mundial y a raíz de los desarrollos de Ferenczi y Rank podemos señalar dos líneas de trabajo en el auge de la psicoterapia breve la europea y la americana (Avila y Poch 1994).

En Estados Unidos el trabajo de Franz Alexander y Thomas M. French Psychoanalytic Therapy (1946) enfatizaba no solo la necesidad de acortar y flexibilizar los tratamientos sino la importancia de la experiencia emocional correctiva en el tratamiento. Estos autores resaltan como objetivo principal de toda terapia la necesidad de ofrecerle al paciente a través de su relación con el terapeuta una nueva clase de experiencia de relación.

En Europa encontramos dos obras o autores trascendentales en el desarrollo de la psicoterapia breve La Psicoterapia Breve (1963) de David Malan y Psicoterapia Focal (1996) de Michel Balint Ambos trabajaron juntos en la Clínica Tavistock

En su obra Malan (1963) señala que la validez de la psicoterapia breve no puede separarse de la validez de la psicoterapia general Por el contrario el encuadre anticipado dentro de un límite de tiempo exacto le da al terapeuta un definido comienzo medio y fin donde pueden manejarse más fácilmente los sentimientos relativos a la terminación de la terapia

Malan hace énfasis en la necesidad de establecer un foco en la terapia El concepto de foco en psicoterapia subraya la necesidad que se determine un objetivo o área de trabajo en el que se basa esencialmente la terapia y que el terapeuta debe seguir guiando al paciente con interpretaciones parciales y con atención y descuido selectivo El material y las interpretaciones se eligen de acuerdo a la constancia con el foco De ahí la denominación de terapia focal (Malan 1963)

A partir del trabajo de Balint en la Clínica Tavistock se hace evidente que toda psicoterapia breve ha de ser focal A continuación se señalan tres objetivos de la terapia focal

- El establecimiento de un foco en la terapia del paciente y sobre el cual se organizara el tratamiento

- Ayudar al paciente a alcanzar una readaptación en el área focal
- El logro de mejoras en la situación vital del paciente como una consecuencia de su readaptación

No obstante algunos autores consideran que la psicoterapia focal difiere de la psicoterapia breve. En la psicoterapia focal se intenta resolver un síntoma o un conflicto predominante y en la psicoterapia breve se intenta ayudar a encarar los diversos conflictos que presionan angustiosamente y que constituyen una Psicopatología psicodinámica. O sea que en la psicoterapia breve se pueden tratar diversos focos (Knobel (1987)

En cualquiera de los casos la psicoterapia breve se califica como una terapia de tiempo y objetivos limitados que denota una variación con respecto a la técnica clásica

Sin embargo hay autores como Michael Stader (1996) que consideran que la psicoterapia breve no puede definirse por el número de sesiones para este autor su definición se fundamenta en una cuestión de actitud donde terapeuta y paciente deben evaluar los cambios que pueden lograr con respecto a ciertos aspectos o problemas específicos que trae el paciente

A continuación se presentarán las características o diferencias metodológicas de la psicoterapia breve con respecto a la técnica clásica

- **Establecimiento de un foco** La intervencion terapeutica esta centralizada en un sintoma o area especifica La focalidad implica la capacidad conjunta del paciente y del terapeuta para encontrar rapidamente un enfoque aceptable para ambos
- **El factor tiempo** La psicoterapia breve busca reducir el tiempo cronológico del tratamiento conservando su eficacia Hay un establecimiento previo aunque no rigido de la duracion del tratamiento es decir un numero de sesiones limitadas dirigidas a la consecucion de objetivos limitados De igual forma puede haber diferencia en cuanto a la frecuencia de las sesiones siendo el ritmo de las sesiones no tan rigido
- **Niveles de profundidad inconsciente** En la psicoterapia breve no se busca o alcanza los niveles de profundidad en el conocimiento de las dinamicas inconscientes Las intervenciones estan dirigidas a la reparacion y la restauración de las funciones del Yo que se encuentran danadas
- **Grado de actividad del terapeuta** Hay una mayor flexibilidad del rol terapeutico El terapeuta muestra mayor actividad y directividad adaptandose y enmarcando principalmente el foco terapeutico
- **Interpretacion** La interpretacion tiene como objetivo brindar un entendimiento y aprendizaje sobre los aspectos que se vinculan con la problematica no de la estructura psiquica o de los conflictos inconscientes Es decir no se busca la elaboracion en el sentido psicoanalitico sino el insight afectivo y cognitivo que le permiten al sujeto entender su conflictividad
- **Transferencia** La transferencia es inevitable y necesaria para el cambio No obstante no se alienta a la neurosis de transferencia

Es importante realizar una o varias entrevistas previas antes del tratamiento no solo para buscar informacion general del paciente sino tambien sobre las estructuras patologicas las defensas ansiedades su capacidad intelectual y de simbolizacion e identificar el grado de resistencias

Lo que respecta al encuadre se debe mantener un lugar y horario fijo cómodo libre de interrupciones preestablecido que facilite y resguarde la relacion terapeutica y la confidencialidad

Por ultimo a pesar que algunos dudan de la efectividad de la psicoterapia breve numerosos estudios han demostrado su validez principalmente con respecto a la reducción de sintomas especificos el mejoramiento del funcionamiento general en cuanto a sintomas psiquiatricos y el desarrollo de habilidades sociales

2.11 PSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES

Toda practica debe ser sustentada bajo un marco teórico de referencia En el caso de la psicoterapia aplicada a los adolescentes bajo un enfoque psicoanalitico podemos apuntar los siguientes autores y conceptos que pasaremos a revisar

Siegfried Bernfeld August Aichorn e Isidor Sadger entre otros primeros discipulos de Freud al parecer en algunos provoco un gran interes por las posibilidades de aplicar el metodo psicoanalitico en adolescentes con alteraciones emocionales

Abrams Neubauer y Solnit (1999) mencionan que mientras los analistas de adultos han encontrado que el modelo del proceso analitico es totalmente aplicable en adultos los analistas de ninos y adolescentes deben tener en cuenta y trabajar directamente con las

vicisitudes del proceso de desarrollo que ocurre de manera simultanea en sus pacientes por lo que uno de los objetivos de su grupo de estudios ha sido la identificación de las dificultades específicas implicadas en su trabajo con adolescentes así como el manejo de las mismas. Un segundo aspecto a tener en cuenta es considerar las técnicas adicionales que puedan asistir al proceso de desarrollo sin comprometer el abordaje psicoanalítico fundamental. Por ejemplo es un hecho conocido que los conflictos intrapsíquicos pueden interferir con el desarrollo donde las condiciones patológicas tempranas entorpecen u obstaculizan el proceso sin haber sido resueltas y coexisten con los cambios que el crecimiento y la maduración producen. En estos casos es necesaria la resolución de dichos conflictos para liberar al desarrollo de sus inhibiciones. Dos de los problemas más frecuentes tienen que ver primero con que la fuerza o empuje libidinal hacia el crecimiento y desarrollo este muy debilitado segundo con que las funciones del yo estén tan empobrecidas que la habilidad para manejar los impulsos provenientes del interior o los estímulos del mundo externo se encuentren totalmente desgastadas. Al mismo tiempo las oportunidades para el trabajo analítico con los adolescentes se ven limitadas por la inestabilidad de la organización psicológica disponible.

Otro aspecto importante en el tratamiento analítico de los adolescentes es la presencia de los padres que son en la mayoría de las veces los que solicitan el tratamiento. Un claro ejemplo ya clásico nos lo ofrece Freud en el relato del famoso caso Dora (Freud 1905) así como en el de otra paciente descrita en Sobre la Psicogénesis de un Caso de Homosexualidad Femenina (Freud 1920). En el primero es el padre quien acude al psicoanalista con el fin de pedir ayuda para su hija adolescente en el segundo también son los padres quienes aproximadamente medio año después de este suceso (una tentativa de suicidio de su hija de

18 años) acudieron al médico encargándole de reintegrar a su hija a la normalidad (Freud 1920)

En relación con el tratamiento psicoanalítico de adolescentes es importante distinguir los siguientes problemas: aquellos relacionados con la autonomía y la dependencia; las conductas contrafóbicas; los asuntos relacionados con la sexualidad; la contratransferencia; la interrupción prematura (Shopper 1995 en Marcelo Salles 2001) y el problema de acting out (Levisky 1999 en Marcelo Salles 2001).

La diferencia técnica en el tratamiento de adolescentes versus el tratamiento de adultos es que con el adolescente no es fácil establecer la forma clara, respetuosa y horizontal con la que el terapeuta ha de comunicarse. El terapeuta de adolescentes es un adulto, un tanto distinto porque, sin dejar de ser adulto, se comunica con el menor al mismo nivel, sin discursos ni posiciones autoritarias. El terapeuta especializado puede mostrar a su paciente que la forma de pensar o actuar que ha adoptado este, ha tomado derroteros equivocados, esto sin regañarlo o, como dicen los jóvenes, sin echarle un verbo. El terapeuta de adolescente puede comentar sobre lo que su paciente dice o hace, sin que este se sienta criticado o juzgado. En función de esto, el adolescente puede recurrir al terapeuta como a un yo auxiliar. Si bien la situación terapéutica del adolescente no es de enseñanza, en ella mucho más frecuente que en la de los adultos, el terapeuta no deja pasar la oportunidad de transmitir al joven conocimientos pertinentes que enriquecen su acervo y, por lo tanto, en el funcionamiento de su juicio de realidad (Marcelo Salles 2001).

El adolescente aprecia y valora la comunicación con un adulto que habla y viste como tal, pero lo trata con propiedad y respeto y que le transmite que, ante todo, su primera lealtad está con él. El terapeuta debe asegurar a su paciente que, si en alguna ocasión ha de comunicar

algo a sus padres nos sera sin antes haberlo discutido ampliamente con el y que dicha comunicacion será siempre en su beneficio

El psicoterapeuta que no tenga sensibilidad emocional o que no tenga decencia u honestidad no podra ser terapeuta jamas No importa que tanto se adiestre en la tecnica o adquiera conocimiento teoricos sobre el desarrollo adolescente para poder entender el funcionamiento psicologico del paciente en especial a lo que se refiere a la transferencia

El respeto a la dignidad de la persona del paciente adolescente nos obliga a abstenernos de decidir lo que le conviene Aunque le es difícil el psicoterapeuta del adolescente ha de renunciar a tomar una postura paternalista y a imponer al paciente su parecer o el de los padres de este aunque parezca que es lo mas conveniente Tampoco está indicado de ninguna manera coludirse con el menor apoyando su rebeldia De vez en cuando encontramos que algun psicoanalista con poca experiencia en el manejo de jovenes ha empujado a un adolescente a cometer un acto de rebeldia brutal o alguna barbaridad similar Hace unos 20 o 30 anos algunos colegas habian entendido que el adolescente se tenia que rebelar asi no era raro que empujaran al paciente a abandonar la casa de sus padres o a insultarlos gravemente enfrentandoseles (Marcelo Salles 2001)

Todos los tipos de psicoterapia del adolescente cualquiera que sea su orientacion tiene como objetivo fundamental promover el crecimiento psicologico del individuo El tratamiento psicoanalitico del adolescente no busca tanto lograr un insight profundo sino que concentra sus esfuerzos sobre las funciones presentes y el desarrollo de la fortaleza yoica detecta y modifica las defensas que interfieren con el crecimiento respeta las defensas que el yo requiere para mantener su fortaleza y acata la regresion obligatoria necesaria para la progresion (Marcelo Salles 2001)

Estos conceptos implican algunas de las diferencias fundamentales que tiene el psicoterapeuta de adolescentes. Está capacitado para distinguir entre un yo inmaduro y un yo fragmentado, lo que resulta difícil de lograr al terapeuta de adultos. Así, el terapeuta de adolescentes a diferencia del de adultos distingue mecanismos defensivos disociativos y de identificación proyectiva que se presentan en el funcionamiento psicológico del adolescente sin que dicho funcionamiento sea necesariamente fronterizo (borderline). Así, distingue cuando la terapia psicoanalítica está indicada en un adolescente y cuando no lo está. Por esta capacidad que posee el terapeuta de adolescentes para diagnosticar el funcionamiento, es más tolerante a la actuación de la transferencia del paciente (acting out). Con esta espera y tolerancia logra interpretaciones con mayor impacto y así, mayor posibilidad de cambio.

Durante la adolescencia se produce una ruptura intensa y fundamental de la estructura del carácter previo (infantil) y ha de lograrse la consolidación del carácter definitivo. En dicha ruptura fundamental, las potencialidades del desarrollo que no han alcanzado la consolidación madura, son puestas en peligro. De esta forma, el tratamiento no puede estar dirigido meramente a proveer una experiencia del pasado más benigna. El tratamiento ha de proveer al adolescente con una experiencia radicalmente nueva. En algunos casos, el terapeuta, ofreciendo una influencia parental benigna, puede introducirse en la elaboración y desarrollo integrada y real. En muchos casos, la influencia parental benigna no es suficiente; será necesario que el tratamiento intente una nueva reestructuración del aparato psicológico desde los cimientos y la meta inmediata será la síntesis del carácter, actuando el terapeuta como catalizador, como agente de sinergia y como modelo.

A diferencia del yo infantil el del adolescente cuenta con un equipo de funciones que enriquece sus posibilidades de actuación y de manejo de sus impulsos (Bornstein 1951 Josselyne 1954 en Marcelo Salles Manuel 2001) A diferencia del yo del adulto el del adolescente aun preserva derivados del pensamiento infantil egocentrico y operacional concreto El adolescente todavia es vulnerable a miedos ilógicos determinados en forma primitiva y a nociones que asume sin poner en juego procesos pensantes basados en la lógica Aunque se da cuenta de que ciertas nociones y emociones son absurdas continua sintiendolas validas la fantasia pura de la ninez se hace realizable durante la adolescencia sin que los mecanismos de autocontrol que posee el adulto se hayan desarrollado

En la terapia del adolescente Gitelson señala que entre el terapeuta y el adolescente ha de haber una distancia yoica óptima que representa una similitud suficiente de estilo de vida para hacer posible el contacto emocional la empatia A la vez tendra que haber una diferencia suficiente para que la identificación no obre como punto ciego pero dicha diferencia no ha de ser tan excesiva como para que el paciente y su estilo se haga intolerable para el terapeuta La distancia yoica optima se traduce en un equipo emocional que puede apoyar al paciente y alentarle en sus propios prospectos Si estas condiciones pueden establecerse el resto del proceso terapeutico surgira por si mismo

En cuanto a los objetivos que ha de tener el psicoanálisis de un adolescente hemos de enfatizar que la tecnica de la psicoterapia del adolescente esta dirigida a entender la naturaleza de la relacion y a introducir modificaciones terapeuticas en la misma es decir la terapia no ha de estar dirigida a lograr el análisis psiquico sino más bien la sintesis del caracter Eisner (1945) recomienda evitar cuidadosamente las llamadas interpretaciones dinamicas y concentrar los esfuerzos terapéuticos en el manejo integral de las actitudes

actuales segun se presentan en la situacion terapeutica (Mitchell 1944 en Marcelo Salles Manuel 2001) alienta al estudiante de la psicoterapia del adolescente a establecer el significado de la relación terapeutica manteniendo un control inequivoco de las situaciones que se suscitan a traves de la misma Desde 1946 Blos hizo hincapié en que en el tratamiento psicoanalitico del adolescente el conflicto infantil no es el objeto del esfuerzo terapeutico sino la deficiencia y oica que el joven presenta En su esfuerzo el terapeuta debe evitar en sus actitudes hacia el paciente una repeticion de los patrones parentales pero el esfuerzo para relacionar problemas actuales con eventos significativos tempranos no es esencial en el tratamiento ya que las defensas del adolescente no han alcanzado la estabilidad y la permanencia que adquieren en la resolucion de la crisis adolescente Es mas importante con el paciente adolescente discriminar entre las defensas que promueven desarrollo y aquellas que lo interfieren

Desde el punto de vista psicoanalitico se puede considerar que la adolescencia es una crisis no por la conducta ruidosa erratica antagonista impredecible o contradictoria que presentan algunos o muchos adolescentes cierto es que otros adolescentes cursan esta etapa de la vida con relativa placidez y sin presentar conductas que perturben mucho su ambiente social o familiar Hemos de considerar la adolescencia como una crisis normativa (Staff 1979 en Marcelo Salles Manuel 2001) por el estres extraordinario que se produce durante la misma asociado a cambios fundamentales en el aparato psicologico que determina crecimiento Staff insiste en que fundamentalmente el terapeuta ha de tener la habilidad de ayudar al adolescente a comprender y negociar exitosamente la crisis normativa de la juventud

En la situacion terapéutica se produce una regresion dependiente (Kramer 1974 en Marcelo Salles Manuel 2001) que ha de ser alentada como tal por proposito terapeutico

Lopez 1987 en Marcelo Salles Manuel 2001) y la importancia de una fuerte relacion emocionalmente dependiente es fundamental Sin embargo dicha situacion terapeutica ha de ser sostenida mas sobre la confianza que sobre la dependencia El terapeuta ha de promover y facilitar una relacion confiable y una libertad emocional que permita al paciente sentir que puede depender porque no va ser traicionado que puede exponerse a la castracion porque no va ser castrado El paciente utilizará estos sentimientos para ganar dominio y maestria sobre su ansiedad de fusion y de castracion aprendera a confiar Igualmente el adolescente ha de sentir que puede aflorar su erotismo edipico porque no va a ser despreciado ni explotado que la expresion de su ternura infantil no lo hace vulnerable y que la expresion de su agresividad es comprendida aprendera a aceptarse a si mismo El paciente sentira que si bien el tratamiento no gratificara sus necesidades emocionales eroticas tempranas es el instrumento que lo asiste en el proceso de entenderlas ordenarlas y reorientarlas hacia fuentes apropiadas de gratificacion

2 12 PSICOTERAPIA DE GRUPO

Las llamadas neurosis de guerra producto de la Segunda Guerra Mundial constituyo uno de los factores primordiales en el desarrollo de la psicoterapia de grupo de esta forma otros componentes como el interes por los grupos pequenos la dificultad de algunos pacientes para ajustarse a una psicoterapia individual la numerosa demanda de atencion psicológica a nivel institucional y los altos costos de los tratamientos individuales influyeron en su auge (Schnaider 1979)

Freud (1921) uno de los iniciadores teoricos en este tipo de terapias con su estudio sobre la psicologia de las masas propone las bases psicologicas en el entendimiento de

los grupos las que años más tarde fueron aplicadas para esta modalidad específica de psicoterapia

A partir de la obra de Melanie Klein Wilfred R. Bion trabajó en la Clínica Tavistock con grupos pequeños haciendo grandes aportaciones al entendimiento y abordaje de la dinámica grupal. Entendía al grupo como un organismo total, no como una suma de individualidades, que funciona paralelamente bajo dos estilos inconscientes: un grupo de trabajo y un grupo de supuesto básico. El supuesto básico se refiere a una creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener un determinado tipo de fantasías y deseos. Estos supuestos básicos se refieren a una creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener un determinado tipo de fantasías y deseos. Estos supuestos básicos propuestos por Bion son supuestos básicos de dependencia, de ataque, fuga y de emparejamiento. El grupo fluctúa de uno a otro en diversas sesiones.

Del mismo modo, los conceptos de Melanie Klein sobre las ansiedades básicas, los miedos y la pérdida al ataque, junto con otras influencias teóricas, también sirvieron de base para que posteriormente Enrique Pichon Rivière (1978) desarrollara un modelo que permite evaluar los procesos grupales y promover cambios. Este modelo, que hoy día conocemos como el modelo del cono invertido, se inserta dentro de una práctica asistencial hospitalaria. La noción de Pichon Rivière de que los procesos de grupos son universales en cuanto a su dinámica y organización y que están tenidos por la estructura social, lo llevó a concebir los grupos como operativos, es decir, que operan sobre la consecución de una tarea específica.

Aunque podemos trazar dos líneas de trabajo distintas entre estos autores la de Bion con los grupos pequeños y la de Pichon Rivière con los grupos operativos ambas convergen en un nuevo modelo la psicoterapia de grupo analítico vincular

Este modelo de psicoterapia psicoanalítica de grupo ha venido desarrollándose desde 1976 en Madrid en el Grupo Quipu de Psicoterapia Institución propiciada por el Dr Nicolas Caparrós El modelo propuesto por Caparrós es un matrimonio fértil entre la psicología social y la clínica psicoanalítica e incorpora por un lado las aportaciones de Pichon Riviere y sus discípulos Armando Bauleo y Herman Kesselman y por el otro las de autores como W R Bion Leon Grimberg y Marie Langer (Avila y Poch 1994)

Uno de los aspectos fundamentales a considerar en la psicoterapia de grupo es el vínculo El análisis de este requiere la asimilación de tres niveles dos de ellos el nivel biológico y el nivel social articulados en un tercer nivel el psicológico El objetivo es volver explícitos los objetos que intervienen en estos niveles las fantasías sobre los mismos y los modos en que se expresan en la conducta intrapersonal y transpersonal (Avila y Poch 1994)

Bajo esta modalidad el objetivo de la psicoterapia de grupo es el análisis de las manifestaciones de los vínculos actuales relacionándolo con los primeros vínculos con la posibilidad de que a partir de esta nueva experiencia de relación puedan ser modificados Se parte del estudio de las situaciones actuales de material vivido durante la sesión concibiendo al grupo como un objeto total no del análisis individual de los mundos internos

La terapia se centra en las interacciones del presente intentado resolver problemática o conflictos actuales específicos el trabajo terapéutico se orienta a la exploración de las representaciones y distorsiones mentales de los objetos y experiencias internas que tiene

continuamente las relaciones externas Solo la exploracion del pasado permite comprender los estilos presentes de sentir y abordar la vida La terapia permite modificar aquellas imágenes internas en situaciones más realistas y esperanzadoras (Ganzarain 1990)

Por ende el terapeuta de grupo debe poder hacer una doble lectura una descriptiva y otra mas profunda Anzieu (1973) afirma que siempre existe un fantasma inconsciente comun en el grupo La funcion del terapeuta por tanto es la de poner en evidencia ese fantasma inconsciente comun del grupo e interpretarlo para que no se bloquee la elaboracion de los conflictos o que el grupo permanezca en posiciones depresivas o paranoides segun la terminologia Kleiniana (citado en Schnaider 1976)

Es decir en el trabajo con grupos la interpretación se apoya en dos pilares primero en considerar al grupo como una totalidad y segundo en concebir lo expresado en el grupo como un producto de la interaccion de las fantasias y vivencias individuales en donde cada persona coloca a los demás en los roles que corresponden a esas fantasias inconscientes Esto favorece un proceso de integración donde los miembros del grupo introyectan algo nuevo menos destruido después de haber proyectado lo danado Ademas la psicoterapia de grupo es como una galeria de espejos en la que cada uno puede mirarse en el otro y en donde se hacen identificaciones a distintos niveles (Grinberg Langer y Rodrigue 1957)

En cuanto a los aspectos de encuadre se mantienen las reglas basicas del encuadre psicoanalitico con algunas variaciones las comunicaciones son tratadas como equivalentes del sentir del grupo igual que la asociacion libre el terapeuta debe procurar no ser directivo intentando analizar y aproximar al grupo a las ansiedades y maniobras defensivas inconscientes que surgen tambien se debe analizar los distintos tipos de

transferencias y fantasías el tiempo de duración oscila entre noventa y ciento veinte minutos el número de participantes que forman el grupo debe ser entre ocho y diez personas Este número no ha sido escogido al azar Cuando se reúnen más de diez personas sobre todo quince personas ya no estamos hablando de un grupo pequeño sino de un grupo intermedio y las comunicaciones no pueden ser percibidas de la misma manera por el terapeuta Un número reducido de integrantes por el contrario tampoco permite el despliegue de los roles inconscientes que se ponen en juego Por último es importante que el grupo se mantenga cerrado es decir no se permite la incorporación de nuevos miembros ni se sustituyan aquellos que por algún motivo abandonan el grupo Además deben trabajarse las pérdidas que surgen durante el proceso y la finalización de la terapia (Schneider 1976)

2.13 ASPECTOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

2.13.1 El Rol del Terapeuta en la Psicoterapia

Sin importar el modelo teórico la psicoterapia psicoanalítica en general incluye diversos aspectos que se interesan y contratransferencia la alianza terapéutica la interpretación las defensas el encuadre los mecanismos de defensa etc Por lo que revisaremos algunos de ellos

Inicialmente el rol del terapeuta consiste al igual que el de la madre con su bebé en brindarle al paciente una base segura a partir de la cual pueda explorar el entorno Esto es importante porque si el paciente no puede sentir algún grado de seguridad la terapia no puede iniciar Esta labor es análoga a lo que Winnicott llamó *sosten* y a lo que Bion llamó *contención* (Bowlby 1988)

Para Bowlby (1989) la función principal del terapeuta es el de proveer una base segura desde la cual el paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego de manera tal que pueda volver a evaluarlos y modificarlos a raíz del entendimiento adquirido y de la nueva experiencia de la relación terapéutica. En la terapia, según el autor, el terapeuta debe cumplir cinco tareas:

- Proveerle al paciente una base segura desde la cual pueda experimentar los distintos aspectos de su vida, los cuales no podría explorar sin la presencia de un compañero confiable que le proporcione apoyo y comprensión.

Según Erikson (1963) la adquisición de la confianza no sólo denota que hemos aprendido a entregarnos al cuidado de otros, implica confiar en uno mismo y en la capacidad de superar las adversidades, y que somos merecedores de la seguridad que nos ofrecen los proveedores externos. Para Erikson la confianza se desarrolla a partir del estilo de la relación maternal, no de la habilidad para proporcionar las cantidades precisas de alimento o afecto. Involucra el cuidado de las necesidades individuales del niño, junto a una sensación estable de confianza personal. Esto provee el cimiento para un sentido de identidad.

- Alentar al paciente para que evalúe su conducta y relaciones presentes, y cómo estas se vinculan con estilos inconscientes de relaciones con figuras significativas del pasado.

- El análisis de la relación terapéutica le permite al paciente advertir cómo puede sentirse y comportarse con una figura de apego matizada por los modelos inconscientes operantes
- El terapeuta debe alentar al paciente a que considere el modo en que sus percepciones, sentimientos y expectativas presentes pueden ser el producto de eventos que vivió durante su infancia y adolescencia con sus padres
- Enseñar al paciente para que reconozca por sí solo cómo algunas de sus fantasías o imágenes de él mismo y de los demás pueden haberlo estado llevando a actuar y pensar erróneamente y que existe en él la posibilidad de modificar la forma en que concibe la realidad

Cuando colocamos estas tareas al entorno grupal, los elementos no varían en gran parte. Desde la neutralidad de su papel, el terapeuta es el responsable de que el grupo vaya distinguiendo lo que realmente viene de afuera de lo que es producto de sus objetivos internos, significando el material que debe ser elaborado. A nivel manifiesto, el terapeuta transmite seguridad ya que ofrece las bases para que el grupo se sienta confiado para expresar los sentimientos más intensos y a nivel latente permite que el grupo lo perciba en una posición de autoridad (ímago parental) que se relaciona con los estratos más regresivos del grupo.

Lo mismo sucede en los niños. El espacio terapéutico se convierte en un elemento modificador en el cual el niño puede descargar o expresar sus conflictos ya sea en el sentido catártico o elaborativo. El terapeuta intenta reducir o resolver la ansiedad y los síntomas aunque no se centra en la comprensión profunda del conflicto inconsciente ni

en el analisis de la transferencia sino en el apoyo y clarificacion a nivel consciente
Como una buena madre recibe las angustias y le va devolviendo al niño grupo aquello
que puede tolerar Más aun cuando se trata de una modalidad breve es importante la
selectividad de las ansiedades a interpretar en relacion con el foco establecido (Avila y
Poch 1944)

2.13.2 Interpretación Resistencia y Defensas

Uno de los instrumentos principales de los que se sirve la psicoterapia psicoanalitica es la
interpretación En Los Fundamentos de la Tecnica Psicoanalitica (1896) Etchegoyen se
refiere a la interpretación como algo que pertenece al paciente pero de lo que el no tiene
conocimiento A lo que mas adelante agrega es una informacion veraz desinteresada y
pertinente que se refiere al receptor

Explicacion general otorgada al sentido de una conducta fenomeno o situacion se trata
del analisis que se realiza de los datos que provienen de la experiencia con la intencion de
otorgarles un significado Esta funcion se engloba en los procesos de percepción y atencion
que a su vez dependen de la informacion que tiene el sujeto almacenada en su memoria En
el campo del psicoanalisis se utiliza para designar el analisis que hace el terapeuta de las
verbalizaciones o actuaciones del paciente con el fin de descubrir su significado latente La
finalidad ultima estriba en retrotraer a la conciencia a traves de las manifestaciones del
subconsciente (suenos sintomas etc) el conjunto de representaciones rechazadas y deseos
infantiles desconocidos que originan el conflicto para resolverlo por medio de la
transferencia

La interpretacion en la psicoterapia es la adquisición o producción del insight Término que literalmente significa ver hacia adentro se ha hecho universal en la literatura psicoanalitica y psicoterapeutica aunque su significación suele variar en general denota el conocimiento de los propios procesos psicicos obtenido a traves de la interpretacion (Coderch 1990)

Coderch (1990) senala que la meta de la psicoterapia estriba en termino generales en tornar al paciente consciente de aquellos conflictos inconscientes que dificultan su adaptacion a la realidad un entendimiento intelectual y emocional que se logra por intermedio de la relacion transferencial que se establece con el terapeuta

Para Bion la interpretacion es una nueva conexion de significado de la experiencia Propone que este aprender implica tanto a nivel de emocion como a nivel de cognicion y que esto se da en cualquier relacion humana significativa ya se trate del bebe con sus padres o del paciente con el terapeuta (Anderson 1994)

La importancia del insight radica en que es un factor de integracion en la medida en que amplia y reorganiza el campo perceptivo es decir permite estructurar lo que esta adentro de lo que esta afuera entre la persona y el mundo permitiendole al Yo el manejo de los mecanismos de introyeccion y proyeccion y la modificación de objetos arcaicos internalizados En el caso de los grupos la literatura y el funcionamiento del grupo facilita y disminuye esa distancia entre el adentro y el afuera pasando al exterior muchas de las situaciones internas y por ende facilitando el reconocimiento y el acceso a los procesos internos es decir el poder ubicar en el exterior en forma manifiesta y concreta lo interno (a

traves de los mecanismos de identificación proyeccion e introyeccion entre otros) favorece el insight (Grinberg Langer y Rodrigue 1957)

De hecho podriamos representar al grupo como una zona intermedia que recibe tanto el aporte de la realidad externa como la interna Esto se corresponde con lo que Winnicott formulo en relacion con los objetos y fenómenos transicionales incluso cuando la regresion que sufre el grupo durante su funcionamiento es similar a la de los primeros estadios de la infancia ya que se trata de un intercambio constante de relaciones afectos y pulsiones (Grinberg Langer y Rodrigue 1957)

Uno de los objetivos de la psicoterapia radica en lograr el cambio o la supresion de los sintomas ya sea con adultos o ninos En la psicoterapia individual o grupal existe un fenomeno que aparece en todo proceso terapeutico y que no puede ser procesado por lo alto que es la resistencia

Este concepto acuñado por Freud que designa el rechazo expresado por el paciente a reconocer o aceptar los motivos inconscientes que tienden a afectar a su comportamiento y experiencia subjetiva En el tratamiento psicoanalitico se manifiesta por la oposicion del paciente a que pasen a la conciencia deseos o necesidades que previamente habian sido reprimidos El proceso terapeutico tiene como objetivo suprimir de manera gradual las defensas que previamente habian sido construidas por el sujeto para lograr la represion

Freud al introducir el concepto de resistencia para referirse al obstaculo que advirtio en la progresion del tratamiento y la clarificacion de los sintomas concebía la resistencia de dos

formas con respecto a lo reprimido y como una función defensiva. A través de su obra fue modificando y determinando la importancia de interpretar la resistencia (tanto la proveniente del Ello como la del Superyo) y de interpretar la transferencia y la compulsión a la repetición ya que ambas también son modos de resistencia (Laplanche y Pontalis 1967)

Por otra parte es interesante destacar las aportaciones de Reich (1926) con respecto a la interpretación y el análisis de la resistencia. Sus contribuciones resaltan la importancia y la frecuencia de la transferencia negativa en el proceso terapéutico, aspecto que según el autor muchas veces es pasado por alto sin ser analizado. Esta resistencia surge de la habitual desconfianza que puede tener el paciente frente a un extraño, inclusive cuando el analista representa esa figura que perturba el equilibrio neurótico (Etchegoyen 1986)

Por último, el trabajo de Anna Freud en *El Yo y los Mecanismos de Defensa* (1961) señala que no hay diferencia en el análisis de las resistencias y el análisis de las defensas. Para ella, aunque diferentemente constituidas, las resistencias del Yo, las resistencias de la transferencia, así como la compulsión a la repetición, son el resultado de una medida defensiva del Yo (Sigmund Freud 1961)

Los mecanismos de defensa son modos psicológicos típicos por los cuales el Yo evita las angustias de los conflictos internos y el miedo a los asedios del mundo exterior. Por ende, los mecanismos de defensa están al servicio de la resistencia. Entre los recursos defensivos que desarrolla Anna Freud (1961) se encuentran la represión, proyección, introyección,

inhibicion regresion formacion reactiva aislamiento racionalizacion conversion
desplazamiento identificacion sublimacion etc

2.13.3 Transferencia y Contratransferencia

En el epílogo del Fragmento de Análisis de una Histeria (Freud 1905) conocido como el caso de Dora, Freud desarrolla por primera vez un profundo escrito teórico sobre el fenómeno de la transferencia, aunque cabe mencionar que se halla una breve alusión sobre el tema diez años antes en Estudios sobre la Histeria (Freud 1895).

En un principio la transferencia representaba para Freud una forma particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra, sin guardar relación con la condición propiamente dicha de la relación terapéutica. Luego, el autor reformula y expande el concepto de transferencia, pasando de ser una función de la resistencia a ser un instrumento valioso en el proceso terapéutico (Laplanche y Pontalis 1965).

Sin embargo, en el epílogo del caso Dora, señalaba Freud que la transferencia era un fenómeno importante y que debía ser descubierta, analizada e interpretada. Solo así el paciente podía convencerse de la repetición de las pautas de su pasado (Freud 1905). Recordemos lo que Freud señalaba años más tarde en Sobre la Dinámica de la Transferencia (1912): el tratamiento no crea la transferencia, sino que la descubre.

El diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1967) define la transferencia como: El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo

especial dentro de la relacion analitica Se trata de una repeticion de prototipos infantiles
vivida con un marcado sentimiento de actualidad

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3 1 Introducción Planteamiento del Problema

¿Habrá diferencias en el nivel de ansiedad de los adolescentes que residen en el Hogar de Fátima antes y después de la psicoterapia breve?

3 2 Hipótesis

3 2 1 Hipótesis de Investigación y Estadísticas

Hipótesis N 1

Ho Las puntuaciones del grupo Experimental en la Escala Ansiedad Total de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán iguales o mayores que las puntuaciones del grupo control

$$H_0 \mu_{EAT/CMAS\ r-GEA} \geq \mu_{EAT/CMAS\ r-GCA}$$

Hi Las puntuaciones del grupo Experimental en la Escala Ansiedad Total de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán significativamente menores que las puntuaciones del grupo control

$$H_1 \mu_{EAT/CMAS\ r-GEA} < \mu_{EAT/CMAS\ r-GCA}$$

Hipótesis N 2

Ho Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Ansiedad Fisiológica de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán iguales o mayores que las puntuaciones del grupo control

$$H_0 \mu_{AF/CMAS\ r-GEA} \geq \mu_{AF/CMAS\ r-GCA}$$

Hi Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Ansiedad Fisiológica de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán significativamente menores que las puntuaciones del grupo control

$$H_1 \mu_{AF/CMAS\ r-GEA} < \mu_{AF/CMAS\ r-GCA}$$

Hipótesis N 3

Ho Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán iguales o mayores que las puntuaciones del grupo control

$$H_0 \mu_{IH/CMAS\ r-GEA} \geq \mu_{IH/CMAS\ r-GCA}$$

H₁ Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervención serán significativamente menores que las puntuaciones del grupo control

$$H_1 \mu_{IH/CMAS r-GEA} < \mu_{IH/CMAS r-GCA}$$

Hipotesis N 4

H₀ Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervencion serán iguales o mayores que las puntuaciones del grupo control

$$H_0 \mu_{PSC/CMAS r-GEA} \geq \mu_{PSC/CMAS r-GCA}$$

H₁ Las puntuaciones del grupo Experimental en la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R antes de la intervencion serán significativamente menores que las puntuaciones del grupo control

$$H_1 \mu_{PSC/CMAS r-GEA} < \mu_{PSC/CMAS r-GCA}$$

Hipótesis N 5

H₀ No Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Escala Ansiedad Total de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_0 \mu_{EAT/CMAS r-GEA} = \mu_{EAT/CMAS r-GCD}$$

H₁ Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Escala Ansiedad Total de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_1 \mu_{EAT/CMAS r-GEA} \neq \mu_{EAT/CMAS r-GCD}$$

Hipotesis N 6

H₀ No Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Ansiedad Fisiológica de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_0 \mu_{AF/CMAS r-GEA} = \mu_{AF/CMAS r-GCD}$$

H₁ Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Ansiedad Fisiologica de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_1 \mu_{AF/CMAS\ r-GEA} \neq \mu_{AF/CMAS\ r-GCD}$$

Hipótesis N 7

H₀ No Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervención

$$H_0 \mu_{IH/CMAS\ r-GEA} = \mu_{IH/CMAS\ r-GCD}$$

H₁ Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Inquietud/Hipersensibilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_1 \mu_{IH/CMAS\ r-GEA} \neq \mu_{IH/CMAS\ r-GCD}$$

Hipótesis N 8

H₀ No Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Preocupaciones Sociales/ Concentracion de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_0 \mu_{PSC/CMAS\ r-GEA} = \mu_{PSC/CMAS\ r-GCD}$$

H₁ Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest del grupo Experimental y el grupo Control en la Subescala Preocupaciones Sociales/Concentracion de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R una vez finalizada la intervencion

$$H_1 \mu_{PSC/CMAS\ r-GEA} \neq \mu_{PSC/CMAS\ r-GCD}$$

3 2 2 Criterios de Prueba de Hipotesis

Criterio N 1 Si el valor calculado es mayor que el valor de la tabla se rechaza la hipótesis nula

Criterio N 2 Si el valor calculado es menor que el valor de la tabla se acepta la hipótesis nula

Como consecuencia

- Si se rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis alterna y también la hipótesis de investigación
- Si se acepta la hipótesis nula se rechaza la hipótesis alterna y también la hipótesis de investigación

3 3 Objetivos

3 3 1 Generales

- Evaluar los efectos de la psicoterapia breve de grupo en la reducción de la ansiedad en adolescentes que residen en un hogar sustituto

3 3 2 Específicos

- Evaluar la efectividad de la psicoterapia breve de grupo en adolescentes que residen en un hogar sustituto
- Disminuir el nivel de ansiedad que presentan los adolescentes que residen en un hogar sustituto

3.3 Estrategia de Intervención

La estrategia de intervención se realizará a través de un diseño de investigación preexperimental tipo estudio de caso de intervención terapéutico en el cual se desarrollará una psicoterapia breve de grupo para ayudar a mejorar la ansiedad en jóvenes adolescentes que residen en un hogar sustituto. Antes de iniciar la psicoterapia breve de grupo se tomará de la población de adolescentes que reside en el hogar aquellos cuyas edades oscilan entre los doce y quince años. Estos adolescentes serán evaluados a través de una prueba: la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R, diseñada para determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad. Los adolescentes que puntúen un alto nivel de ansiedad serán aquellos que recibirán el tratamiento terapéutico y el resto del grupo no. Este proceso recibe el nombre de diseño experimental de grupo control con pretest posttest, el cual estará conformado por un mínimo de dos grupos. Un grupo recibe el tratamiento terapéutico y el otro no. La característica esencial del diseño es que los adolescentes serán evaluados antes y después de la intervención terapéutica. Así, el efecto de la intervención se reflejará en la cantidad de cambio gradual de ansiedad en los adolescentes en una primera aplicación por medio del pretest y luego con una segunda aplicación por medio del posttest.

Este diseño posee un amplio uso en la psicología clínica. La administración de pretest y posttest permite la evaluación de los adolescentes con base a la cantidad de cambio gradual de ansiedad en función de la intervención terapéutica. Aun cuando toda la experimentación se interesa en el cambio, la evaluación de la cantidad de cambio es especialmente importante en la investigación del tratamiento. Esta investigación se lleva a cabo para determinar cuánto cambio se obtuvo y cuántos adolescentes mejoraron su

nivel de ansiedad. Del mismo modo, la severidad del problema antes del tratamiento puede ser una fuente importante de información para predecir si es probable que los adolescentes se beneficien de ciertos tipos de tratamiento. Por estas razones es primordial un pretest.

3.4 Variables

3.5 Variable Independiente

Psicoterapia breve de grupo

3.6 Variable Dependiente

Ansiedad

3.7 Definición Conceptual

Psicoterapia breve de grupo. Es la terapia definida en términos de número de sesiones o en términos de sesiones concretas. Esta terapia se aplica a un grupo de personas sirviéndose de la interacción emocional entre los miembros de este para superar el conflicto individual y modificar su conducta. La finalidad del tratamiento psicoterapéutico de carácter grupal estriba en tres aspectos principales: el ahorro de tiempo, favorecer la catarsis y el estímulo al desarrollo de las relaciones sociales por la acción del grupo.

Ansiedad. Estado de inquietud, temor o preocupación que surge como reacción contra ciertas situaciones peligrosas. Estas situaciones de peligros son, según Freud, el miedo a ser abandonado, a perder el objeto amado, el miedo a la venganza y al castigo, y la posibilidad de sanción por parte del Superyo.

La persona ansiosa interpreta los acontecimientos que ocurren en los ambientes como amenazadores y manifiesta una reactividad excesiva a estímulos que otras personas consideran relativamente inofensivos

3.8 Definición Operacional

Psicoterapia breve de grupo Psicoterapia para el manejo de la ansiedad en adolescentes incluye 10 sesiones de una hora y media a dos horas cada una con una frecuencia de una vez por semana. Los temas de cada sesión se establecieron de acuerdo a las necesidades y demandas del grupo.

Ansiedad Resultado de la medición a través del autoinforme obtenido en la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R diseñada por Cecil B. Reynolds y Bert O. Richmond.

3.9 Población y Muestra

Población

Adolescentes que residen en el Hogar de Fatima que consisten en un total de 30 personas.

Muestra

La muestra para el estudio se conformó por 16 adolescentes: 8 sujetos del grupo control y 8 sujetos del grupo experimental cuyas edades oscilaban entre los 12 y 15 años de edad y que residían en el Hogar de Fatima.

Los adolescentes fueron evaluados a través de la prueba Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R. Con base en los resultados obtenidos, la muestra de un grupo de adolescentes que obtuvieron un nivel de ansiedad alto fueron expuestos a la presencia de la variable independiente psicoterapia breve de grupo y el otro no. Luego, los dos grupos fueron comparados para apreciar si el que se expuso a la variable independiente difiere del que no fue expuesto a esta. Al grupo que se expuso a la presencia de la variable independiente psicoterapia breve de grupo se le conoce como grupo experimental y al que está ausente dicha variable independiente se le conoce como grupo control. Ambos grupos participaron en el experimento.

A la presencia de la variable independiente se le llama tratamiento experimental o estímulo experimental, es decir, el grupo experimental recibió el tratamiento o estímulo experimental, se le expuso a la variable independiente, mientras que el grupo control no recibió este tipo de tratamiento.

3.10 Criterios de Inclusión

- Residir en el Hogar de Fatima durante el transcurso del tratamiento
- Las edades de los adolescentes deben oscilar entre los 12 y 15 años de edad
- Ser estudiante regular y/o asistir a una escuela en el área de la ciudad capital y que tengan un nivel de ansiedad alto

3.10 Tipo de Muestreo

El problema y los objetivos de esta investigación están dirigidos a adolescentes que residen en un hogar sustituto; estos fueron nuestra unidad de análisis.

Esta muestra se selecciono a traves de un muestreo no probabilistico En este muestreo la eleccion de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características del investigador

3.11 Instrumentos de Medicion

La informacion y medición de la variable de estudio se obtuvo a través de los siguientes instrumentos o técnicas de medición

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) CMAS R de Cecil B Reynold y Bert O Richmond su aplicación es individual y colectiva Tiempo es variable aproximadamente 15 minutos

Es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos diseñado para determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y 19 años La CMAS R describe sentimientos o acciones en la que el niño y/o adolescente debe responder a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta si o no La respuesta si indica que el reactivo esta describiendo los sentimientos o acciones del niño y/o adolescentes mientras que la respuesta no indica que el reactivo por lo general no lo esta describiendo

La totalidad de las puntuaciones proporcionan el Índice de Ansiedad Total al igual que ofrecen cuatro calificaciones adicionales las cuales corresponden a las siguientes subescalas

1 Subescala Ansiedad fisiologica Esta subescala esta asociada con manifestaciones fisiológicas de la ansiedad como dificultades del sueño náuseas y fatiga Una calificación alta en esta subescala sugiere que el niño y/o adolescente tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad

2 Subescala Inquietud/hipersensibilidad Esta asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño y/o adolescente junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional También sugiere que la persona es miedosa nerviosa o hipersensible a las presiones ambientales Una puntuación alta en esta subescala puede sugerir a un niño y/o adolescente gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad También sugiere que el niño y/o adolescente experimenta una fuerte necesidad de aprender a analizar sentimientos de ansiedad y a enfrentarse con esta de una forma más abierta al compartir estos sentimientos con otras personas que desean ayudar

3 Subescala Preocupaciones sociales/concentración Esta subescala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos muchos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades con la concentración y la atención Una alta calificación en esta subescala indica que los niños y/o adolescentes pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otros individuos significativos en sus vidas Su principal preocupación parece ser que ellos no son tan buenos o capaces como otros (autocomparación)

4 Subescala mentira Diseñada para detectar conformidad conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas Una puntuación elevada requiere que el terapeuta determine si el niño y/o adolescente proporcionaba respuestas válidas para la escala de ansiedad o solo marcaba sí a cualquier reactivo o trataba de complacer al examinador

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños es valiosa en la evaluación de niños y/o adolescentes con problemas de estrés académico ansiedad ante los exámenes conflictos familiares drogodependencias conductas perturbadoras problemas de personalidad entre otros

Para convertir las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles se utilizan los cuadros de conversión

La puntuación de Ansiedad Total tiene un promedio de 50 y una desviación estándar de 10 conocida como la escala de puntuaciones t común en numerosas áreas de evaluación de la personalidad Para las subescalas las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3

Entrevista Psicológica Individual

La entrevista psicológica se utilizó para obtener información de cada uno de los adolescentes sujetos de estudio La información se obtendrá a través de una entrevista verbal individualizada de cincuenta (50) minutos Se busca obtener la siguiente

informacion datos generales familiares historia escolar habitos de estudio (antes y despues de haber ingresado al hogar) enfermedades y adaptación al hogar entre otros

3.12 Metodo de Intervencion

La psicoterapia breve de grupo es el metodo de intervencion terapeutico que se utilizo para la presente investigacion bajo el encuadre que propone la teoria de la Psicoterapia Psicoanalitica. Se analizaron las relaciones individuales grupales y entre el grupo y el terapeuta. La finalidad es evaluar la efectividad de la aplicacion de una psicoterapia breve de grupo para ayudar a mejorar la ansiedad en adolescentes que residen en un hogar sustituto.

Procedimiento

La presente investigacion se realizó de la siguiente manera:

- Primero Se realizo una entrevista con el Hermano que coordina el Hogar
- Segundo Se efectuó un contacto grupal con los adolescentes y así establecer un rapport
- Tercero Los adolescentes fueron entrevistados lo que permitio elaborar las historias clinicas de cada uno
- Cuarto Se llevo a cabo la aplicación de la prueba psicologica Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R pretest
- Quinto Se dio inicio a la fase de intervencion o psicoterapia breve de grupo
- Sexto Las sesiones se llevaron a cabo una (1) vez por semana con una duración de una hora y media a dos horas cada sesion haciendo un total de diez (10) sesiones grupales

- Séptimo Las sesiones se realizaron los días sábados (previo acuerdo con los adolescentes) por un periodo de alrededor de cuatro meses
- Octavo Se realizaron los análisis de las relaciones individuales grupales entre el grupo de adolescentes y el terapeuta
- Noveno Finalizada la intervención se procedió con la aplicación de la prueba psicológica Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R posttest
- Décimo Con base a los resultados obtenidos se realizó la evaluación de la prueba psicológica y análisis de todo el proceso terapéutico

3.13 Evaluación de los Resultados

El proceso y análisis de los datos se realizó de la siguiente forma

- Primero Los resultados de la investigación fueron organizados y presentados a través de gráficas y cuadros descriptivos
- Segundo Se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student para dos muestras correlacionadas con 9 grados de libertad y α de 0.05. Esto permitió analizar los resultados obtenidos del grupo de adolescentes en la prueba Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R

La prueba *t* de Student para muestra independiente para el grupo experimental y el grupo control. Esto permitió observar las diferencias antes y después de recibir el tratamiento

- Tercero Se realizó un análisis cualitativo o psicodinámico de los resultados en la investigación
- Cuarto Se presentaron las historias clínicas de cada uno de los adolescentes. Las mismas ofrecieron una imagen de los sujetos y del entorno al cual pertenecían

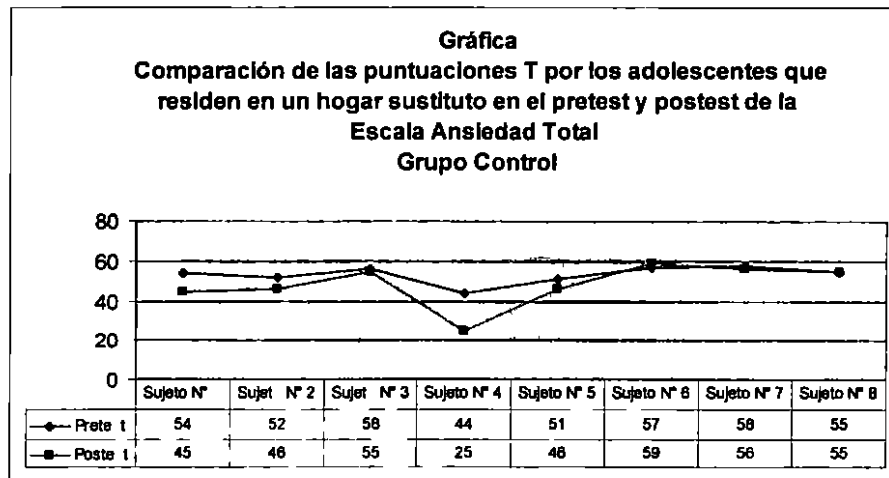
CAPITULO IV

RESULTADOS

Presentacion y Analisis de los Resultados

TABLA N° 1
ESCALA
ANSIEDAD TOTAL
(Índice Total de Ansiedad)
PRETEST Y POSTEST
GRUPO CONTROL

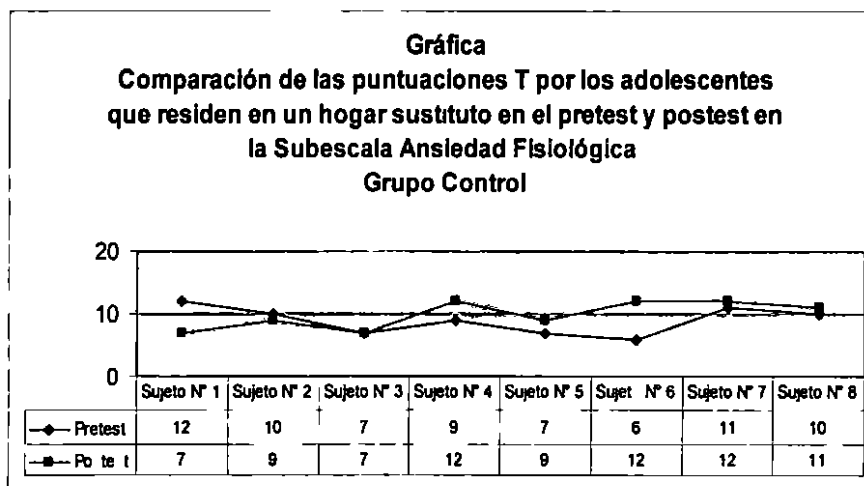
Prueba t para medidas de dos muestras emparejadas			
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	
Media	53.375	48.375	
Varianza	19.9821429	118.267857	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.96350921
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			2.11829636
P(T ≤ t) a cola			0.03595108
Valor crítico de t (a cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.07190215
Valor crítico de t (dos colas)			2.36482425



En relacion a los resultados obtenidos en la escala ansiedad total se evidencia que si hubo una diferencia significativa entre el pretest y el postest del grupo control es decir que existen diferencias entre ambas medias

TABLA N° 2
SUBESCALA
ANSIEDAD FISIOLÓGICA
PRETEST Y POSTEST
GRUPO CONTROL

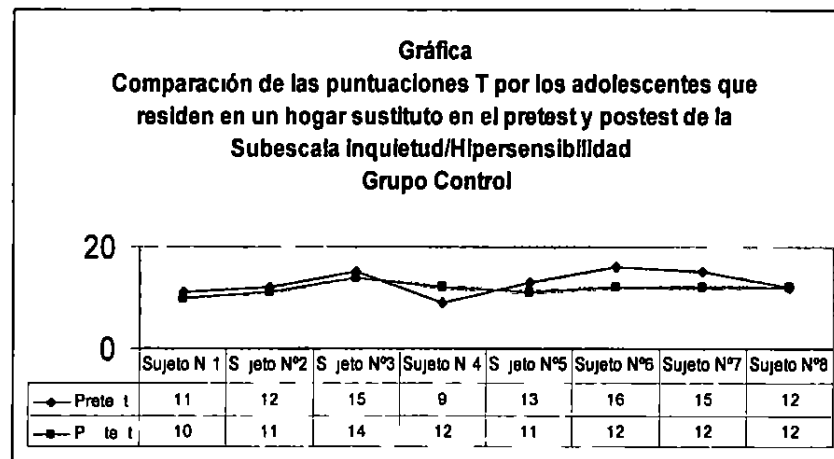
Pruebas paramétricas y no paramétricas			
	Pretest	Posttest	
Media	9	9.875	
Varianza	4.57142857	4.69642857	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.09249386
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			-0.77777778
P(T ≤ t) a cola			0.23108854
Valor crítico de t (cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.46217309
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En cuanto a los resultados obtenidos en la subescala ansiedad fisiológica se evidencia que no existen diferencias entre el pretest y el posttest del grupo control es decir no hay diferencia entre las medias

TABLA N° 3
SUBESCALA
INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD
PRETEST Y POSTEST
GRUPO CONTROL

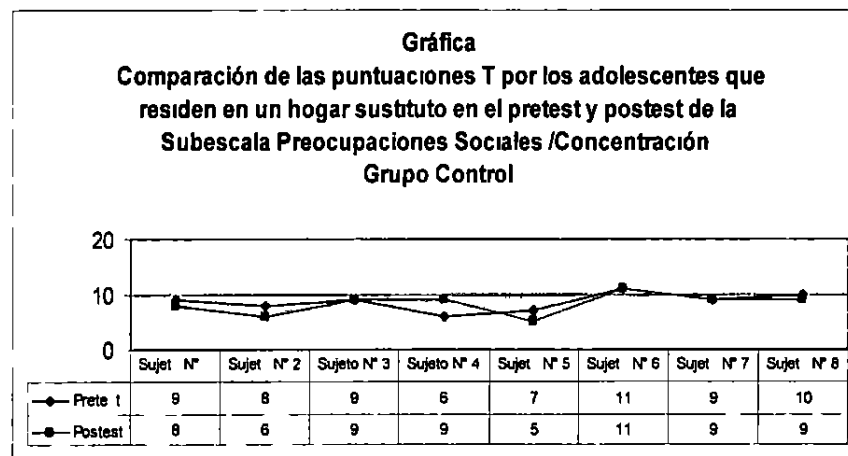
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas			
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	
Mediana	12.875	11.75	
Varianza	5.55357143	1.35714286	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.45531405
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			1.51510612
P(T ≤ t) una cola			0.0867605
Valor crítico de t (una cola)			1.8945788
P(T ≤ t) dos colas			0.173521
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



Al analizar los resultados en la subescala inquietud/hipersensibilidad la misma no mostro diferencias significativas entre el pretest y el postest del grupo control es decir no existe evidencia significativa de cambios para el grupo control

TABLA N° 4
SUBESCALA
PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN
PRETEST Y POSTEST
GRUPO CONTROL

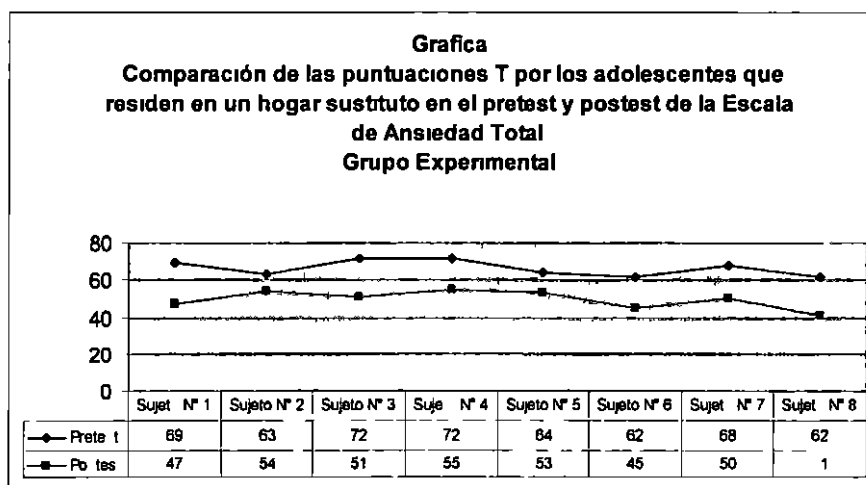
Prueba t para medidas de dos muestras emparejadas			
	Pretest	Postest	
Media	8.625	8.25	
Varianza	2.55357143	3.64285714	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.59719625
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			0.66374652
P(T ≤ t) una cola			0.26405012
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.52810024
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En la subescala preocupaciones sociales/concentracion no se observan diferencias significativas entre el pretest y el postest del grupo control es decir no existe evidencia significativa de cambios en esta subescala

TABLA N° 5
ESCALA
ANSIEDAD TOTAL
(Índice Total de Ansiedad)
PRETEST Y POSTEST
GRUPO EXPERIMENTAL

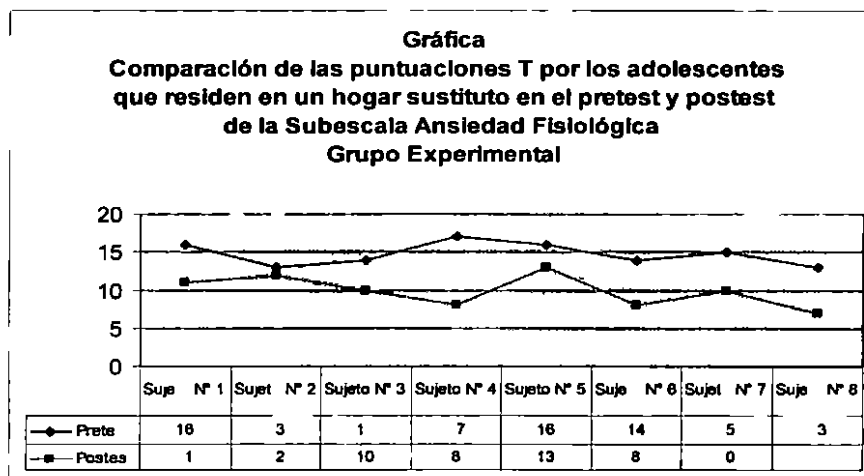
Prueba tipo medida de muestra comparadas			
	Pretest	Posttest	
Media	66.5	49.5	
Varianza	18.2857143	23.4285714	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.46243202
Diferencia hipotética de la media			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			10.1207895
P(T ≤ t) una cola			9.8825E-06
Valor crítico de t (cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			1.9765E-05
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En lo que respecta al efecto del tratamiento se evidencia una disminución de los niveles de ansiedad en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental una vez finalizada la psicoterapia de grupo. Se acepta la hipótesis alterna al establecer que los puntajes obtenidos en la escala de ansiedad total serán significativamente menores al finalizar la psicoterapia de grupo que al inicio del mismo.

TABLA N° 6
SUBESCALA
ANSIEDAD FISIOLÓGICA
PRETEST Y POSTEST
GRUPO EXPERIMENTAL

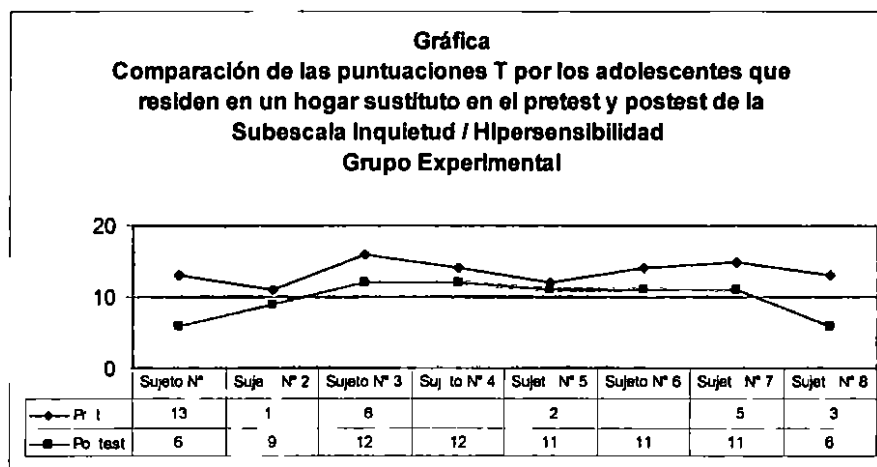
Pruebas estadísticas			
	Pretest	Posttest	
Media	14.75	9.875	
Varianza	2.21428571	4.41071429	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.17142018
Deficiencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			5.85104492
P(T ≤ t) a cola			0.00031497
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.00062993
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



Se evidencia una disminución en la subescala ansiedad fisiológica en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental una vez finalizada la psicoterapia de grupo. Se acepta la hipótesis alterna al establecer que los puntajes obtenidos en esta subescala serán significativamente menores al finalizar la psicoterapia de grupo que al inicio del mismo.

TABLA N° 7
SUBESCALA
INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD
PRETEST Y POSTEST
GRUPO EXPERIMENTAL

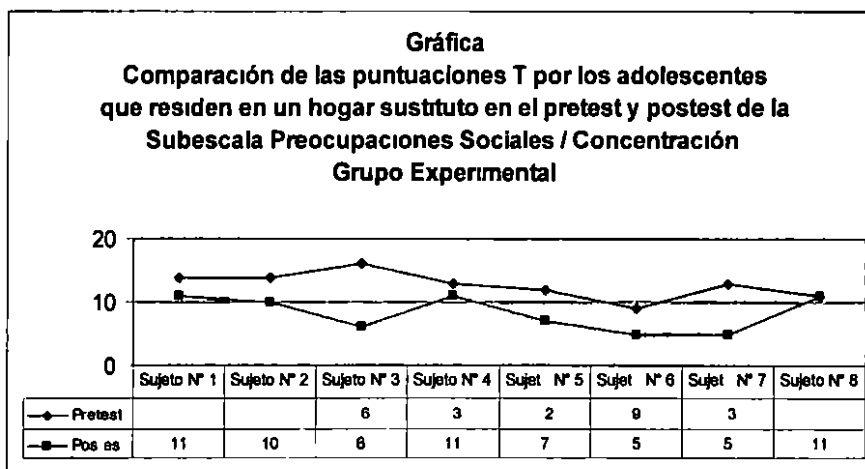
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas			
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	
Media	13.5	9.75	
Varianza	2.57142857	6.21428571	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.4645821
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			4.70989369
P(T ≤ t) una cola			0.00109157
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.00218314
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



Finalizada la psicoterapia de grupo se evidencia una disminución en la subescala inquietud/hipersensibilidad en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental. Se acepta la hipótesis alterna al establecer que los puntajes obtenidos en esta subescala serán significativamente menores al finalizar la psicoterapia de grupo que al inicio del mismo.

TABLA N° 8
SUBESCALA
PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN
PRETEST Y POSTEST
GRUPO EXPERIMENTAL

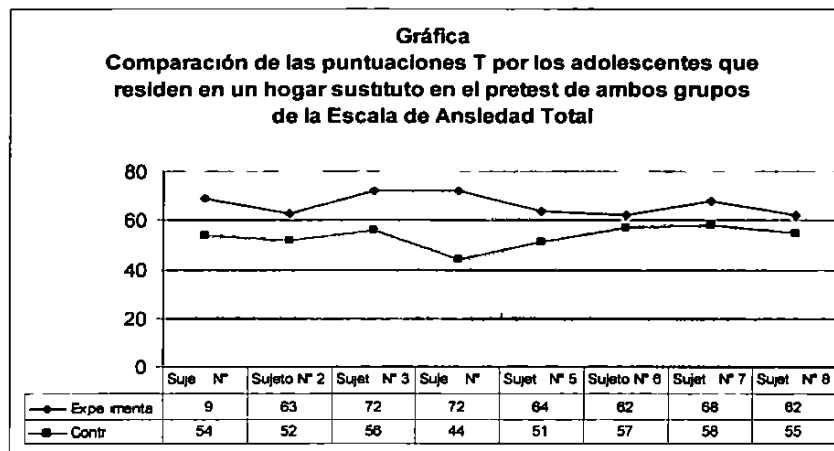
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas			
	Pretest	Posttest	
Mediana	12.75	8.25	
Varianza	4.5	7.64285714	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.15833655
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			3.96862697
P(T ≤ t) a cola			0.00270088
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.00540177
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En cuanto al efecto del tratamiento se evidencia una disminución en la subescala preocupaciones sociales/concentración en los adolescentes pertenecientes al grupo experimental una vez finalizada la psicoterapia de grupo. Se acepta la hipótesis alterna al establecer que los puntajes obtenidos en esta subescala serán significativamente menores al finalizar la psicoterapia de grupo que al inicio del mismo.

TABLA N° 9
ESCALA
ANSIEDAD TOTAL
(Índice Total de Ansiedad)
PRETEST
GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

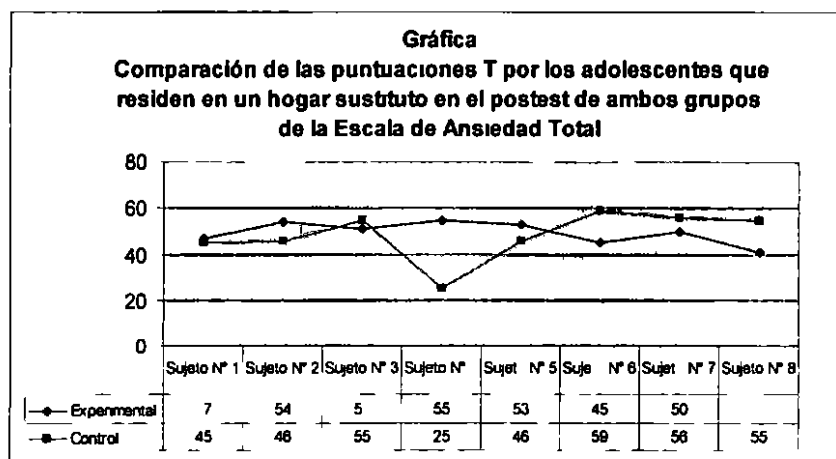
Prueba t para medidas de dos muestras comparadas			
	Control	Experimental	
Media	53.375	66.5	
Varianza	19.9821429	18.2857143	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.31015091
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			5.24344978
P(T ≤ t) a cola			0.00059737
Valor crítico de t (a cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.00119474
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En la escala ansiedad total los adolescentes pertenecientes al grupo experimental presentaron antes de la psicoterapia de grupo una diferencia significativa de ansiedad en esta escala en comparación con el grupo control. Esto se puede observar en los valores de la media del grupo experimental en relación con el grupo control, es decir, que hay diferencia entre las medias.

TABLA N° 10
ESCALA
ANSIEDAD TOTAL
POSTEST
GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

Prueba t p medias de dos muestras emparejadas			
	Control	Experimental	
Media	48.375	49.5	
Varianza	118.267857	23.4285714	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pears			-0.6228427
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			0.22101998
P(T ≤ t) una cola			0.41569274
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.83138548
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



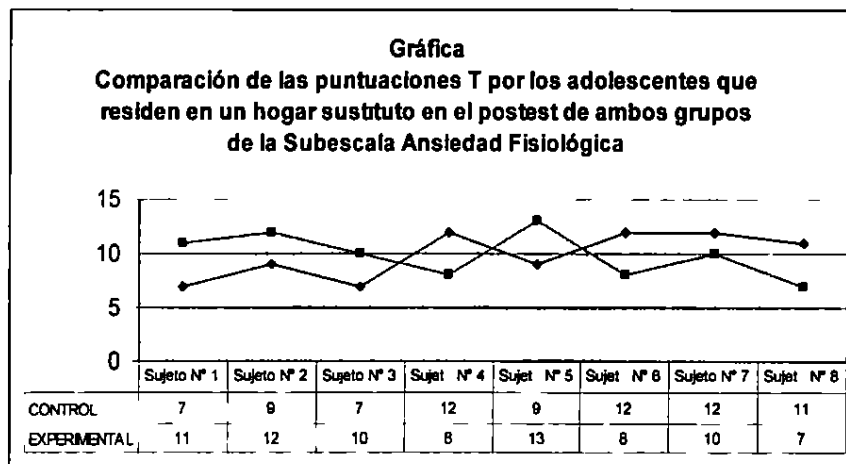
En relación a la escala de ansiedad total se evidencia que no hubo una diferencia significativa entre ambas muestras. Posiblemente algunos de los adolescentes pertenecientes tanto al grupo control como al grupo experimental pudieron haberse encontrado frente a situaciones que hayan provocado un aumento en los niveles de ansiedad. Por otro lado, hubo

una disminucion de la media del grupo control en relacion con el grupo experimental despues de la psicoterapia de grupo pero dicha disminucion no fue significativa

Se rechaza la hipotesis alterna y se acepta la hipótesis nula al establecer que los niveles de ansiedad seran iguales o mayores que al inicio de la psicoterapia de grupo

TABLA N° 11
SUBESCALA
ANSIEDAD FISIOLÓGICA
POSTEST
GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

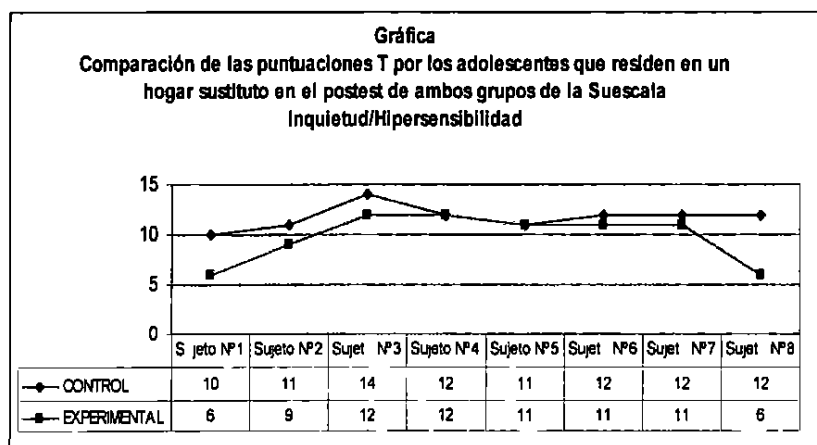
Prueba t para medidas de dos muestras emparejadas			
	Control	Experimental	
Media	9.875	9.875	
Varianza	4.69642857	4.41071429	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			-0.60029549
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			0
P(T=t) una cola			0.5
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T<=t) dos colas			1
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En la subescala ansiedad fisiologica se acepta la hipotesis nula al establecer que no existen diferencias significativas en el posttest entre el grupo control y el grupo experimental de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R

TABLA N 12
SUBESCALA
INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD
POSTEST
GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

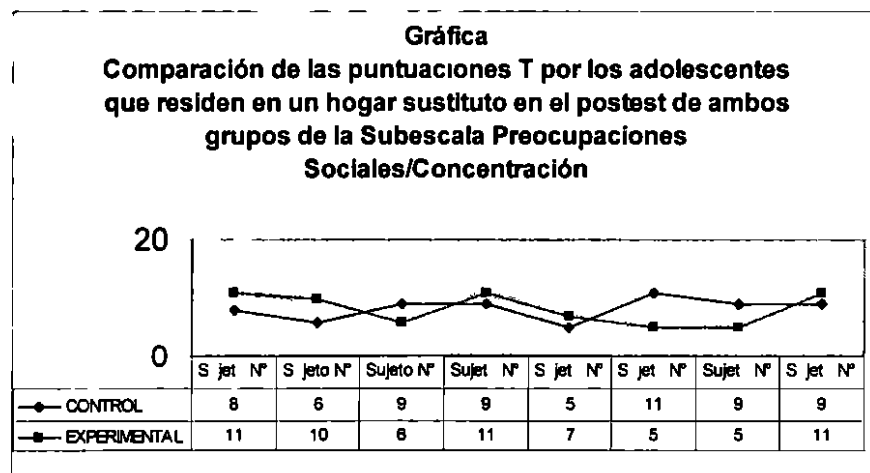
Prueba t para medidas de muestras emparejadas			
	Control	Experimental	
Media	11.75	9.75	
Varianza	1.35714286	6.21428571	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			0.56570681
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			2.7325202
P(T ≤ t) una cola			0.01461606
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			0.02923211
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



Se acepta la hipótesis nula al establecer que no existen diferencias significativas en el postest entre el grupo control y el grupo experimental en la subescala inquietud/hipersensibilidad de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS R.

TABLA N° 13
SUBESCALA
PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN
POSTEST
GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

Prueba t para medidas de dos muestras emparejadas			
	Control	Experimental	
Media	8.25	8.25	
Varianza	3.64285714	7.64285714	
Observaciones	8	8	
Coeficiente de correlación de Pearson			-0.25720335
Diferencia hipotética de las medias			0
Grados de libertad			7
Estadístico t			0
P(T ≤ t) una cola			0.5
Valor crítico de t (una cola)			1.8945786
P(T ≤ t) dos colas			1
Valor crítico de t (dos colas)			2.36462425



En la subescala preocupaciones sociales/concentración se acepta la hipótesis nula al establecer que no existen diferencias significativas en el posttest entre el grupo control y el grupo experimental

Discusión de los Resultados

- La mayoría de los adolescentes que residen en el hogar no tienen una relación positiva o estrecha con sus padres simplemente el hecho de separación trae consigo sentimientos de pérdida que no se ven compensados con los actuales cuidadores
- En lo que respecta al estrés y la ansiedad producidos por el temor a lo desconocido era evidente que a pesar que algunos tenían o tuvieron hermanos en el hogar esto no impedía el presentar niveles de estrés y ansiedad ante una situación nueva
- Los temores vinculados con el retorno al hogar surge por la necesidad imperante de regresar con sus familias en los días feriados al finalizar el último examen académico del bimestre vacaciones de medio año y fin de año o navidad El temor aumentaba si no contaban con el dinero para regresar a sus hogares o que sus fantasías y deseos de regresar fueran anuladas
- Los temores relacionados con el mantenimiento de las relaciones con los familiares de los compañeros y amigos que están fuera del hogar Estos temores surgen con la idea de que perdieran los vínculos familiares así como también los amigos y compañeros que dejaron en el lugar del cual provienen Se observa esta situación en aquellos que nacieron y se criaron en el área rural del país

- El proceso de movilización de intereses relacionales tempranos a objetos transitorios progresivamente más reales tales como el padre madre madrastra religiosos y religiosas del hogar (Sor y el Fray) hermanos hermanastros compañeros de cuarto del hogar segun Blos (1967) es universal y constituye un constante movimiento progresivo regresivo y real alternativo En este proceso se produce un debilitamiento yoico originado por los siguientes factores primero el desapego afectivo (extranamiento) de las figuras de los padres en el momento que los adolescentes salen de sus hogares área rural o area urbana haciendo que el adolescente pierda el apoyo yoico que estas figuras brindaban Segundo la intensificación del impulso sexual causada por el incremento en la concentración de las hormonas circulantes en la sangre que determina la pubertad Se observa en los adolescentes su proceso de desarrollo el cambio de la niñez a la pubertad en aquellos que ingresaron a una edad temprana en el hogar en el cual han tenido que compartir esta experiencia con sus cuidadores del hogar o del colegio Tercero el narcisismo secundario como consecuencia del extrañamiento afectivo de las figuras que habían sido centrales en la economía emocional (padre o madre) cuando nuevas figuras del presente no están disponibles para cobrar importancia emocional en forma restitutiva es decir encontrar o identificarse con una figura dentro del hogar que se convierte nuevamente en su economía emocional Cabe señalar que en los hogares dirigidos por religiosos se presentan cambios en el cual son asignados a otros hogares ubicados en otros países (esto es parte del proceso de obediencia) Estos cambios afectan el sentido de identidad y pertenencia de los adolescentes produciendo pérdidas obligándolo a establecer una nueva relación

- Los logros que el proceso adolescente ha de alcanzar para cristalizar en la posición adulta son entre otros el desarrollo de la constancia y de la continuidad en la identidad el acomodo del trauma residual la orientación vocacional y ocupacional la consolidación del yo la segunda individuación (Blos 1967) y el establecimiento de las relaciones reales en el presente. Estos aspectos se hacen evidente en la novena sesión ¿quien soy? ¿como se ven a si mismas? ¿que desean ser en un futuro? De esta forma el terapeuta viene a ser una de esas figuras de transición que no solamente se pone a disposición del paciente adolescente para que este deposite en el sus afectos movilizados (transferidos) de las figuras tempranas sino que es objeto intermedio especialmente apto para facilitar una verdadera modificación de los intereses relacionales del adolescente es decir que la función del terapeuta es mantenerse disponible a la vinculación y alentarle a la misma

- En la teoría sobre los factores curativos citado en esta investigación podemos observar como se presentaron durante las sesiones. Se infundió esperanza cuando el terapeuta transmite su creencia sobre el funcionamiento del grupo relacionándolo con los cambios que logran los adolescentes. En la universalidad los adolescentes se dieron cuenta que sus malestares inquietudes ansiedades y miedos son también propios de los demás produciendo una sensación de pertenencia y tranquilidad. Se observa la interferencia del terapeuta al ofrecer información que aclaran dudas ideas u otros temas que benefician al grupo de forma tal que propician la reducción de los niveles de ansiedad. La presencia del altruismo se evidenciaba por el interés y preocupación cuando alguno faltaba si

estaba enfermo o en una cita médica La Recopilación Correctiva del Grupo Familiar se conocen en el compartir diario dentro del hogar en el que a través de la interacción grupal tienden a surgir y florecer otros aspectos de su persona que desconocían propiciando este conocimiento grupal y personal El aprendizaje Interpersonal el grupo aprendió a ver el impacto de uno sobre los demás y viceversa La catarsis fue beneficiosa dentro del grupo así como también los factores existenciales es decir la aceptación de la realidad tales como las injusticias externas enfermedades físicas carencias físicas por ejemplo cuando no aceptan como se ven sus pies su peso y solo puede verse del cuello para arriba como se evidenció en la cuarta y séptima sesión además de las carencias psicológicas entre otros en estas situaciones es cuando el grupo contiene apoya y ayuda a la elaboración de estos problemas

- En el grupo experimental se da una reducción significativa en las diferentes escalas estudiadas entre el pretest y el posttest
- Al comparar los resultados obtenidos en el posttest en las diferentes escalas por los adolescentes que conforman el grupo control y el grupo experimental se observa que no se produjo diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre un grupo y otro

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado la intervencion psicoterapeutica psicoterapia breve de grupo para el manejo de la ansiedad en adolescentes que residen en un hogar sustituto y analizando los resultados podemos concluir lo siguiente

- La utilización del diseno de grupo control con pretest posttest permitio evaluar a los adolescentes antes y despues de la intervencion terapeutica
- El grupo experimental en el pretest puntuo un alto nivel de ansiedad total una vez finalizada la psicoterapia breve de grupo en el posttest los adolescentes reflejaron una puntuacion menor es decir hubo una reduccion en la escala de ansiedad total determinando cuanto cambio se obtuvo y cuantos adolescentes mejoraron su nivel de ansiedad Esto nos sugiere que la psicoterapia breve de grupo es efectiva en la reduccion de la ansiedad en adolescentes que residen en un hogar sustituto
- Es indispensable el trabajar con grupos debido a las ventajas que éstos ofrecen ahorro en cuanto a tiempo y dinero aprendizaje interpersonal identificacion con otros que tienen problemas similares y mayor confianza en el tratamiento como promotor del cambio
- Se observo un aumento en el interes de las adolescentes a medida que se desarrollaban las sesiones sin embargo fue evidente que dos de ellas mantuvieron una actitud muy activa durante las sesiones En terminos generales las adolescentes

que mas participaban eran casi siempre las mismas sin embargo durante el proceso se pudo observar como el resto del grupo iba adquiriendo confianza para compartir y al mismo tiempo beneficiarse dentro del grupo

- La ansiedad que exteriorizo el grupo durante las sesiones parece estar vinculada en mantener su rendimiento academico para permanecer en el hogar graduarse para llegar a ser profesionales y no defraudar a la familia el no tener la posibilidad de volver a ver a sus familiares y la presion de grupo
- El hecho que la ansiedad total no marcara una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo experimental puede deberse al hecho de que conviven dentro de una misma area produciendose un posible intercambio de informacion de las sesiones entre uno y otro grupo Pero para verificar esta hipotesis se requiere ampliar esta investigacion y verificar dicha variable

RECOMENDACIONES

- Habilitar un espacio dentro de las instalaciones del hogar sustituto en el que a través del apoyo permanente de profesionales en el área de la salud mental como psicólogos puedan brindar una atención individual o grupal a la población que en ella reside con la finalidad de ofrecer intervenciones terapéuticas programas de prevención entre otros. La intervención deberá iniciarse desde el momento en que el adolescente es un candidato efectuando un proceso de inducción y posteriormente obtener un perfil de tal manera que el o los terapeutas puedan acompañarlos en su proceso el tiempo que permanezcan en el hogar.
- Sensibilizar a los psicólogos en formación sobre la necesidad de orientar investigaciones sobre el impacto psicológico de la población infantil y adolescente que residen en hogares sustitutos.
- Motivar a los profesionales en psicología clínica a que se interesen en brindar sus conocimientos y experiencia a este tipo de instituciones que tanto necesita de nuestro apoyo.
- Realizar investigaciones adicionales relacionados con los lineamientos teóricos y terapéuticos utilizados en el presente estudio con el fin de aportar nuevos conocimientos científicos que brinden mejores herramientas y sirvan de apoyo al trabajo que los psicólogos pueden realizar en hogares sustitutos.

BIBLIOGRAFIA

Libros

- Aubin H La Psicoterapia Institucional en el Nino Editorial Planeta Espana 1980
- Hernandez Sampieri Roberto Metodologia de la Investigacion Mexico Mc Graw Hill 1995
- Kasdin Alan E Metodos de Investigación en Psicología Clínica Tercera Edicion Mexico Prentice Hall 2001
- Marcelo Salles Manuel Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes Primera Edicion en Plaza y Valdés Mexico 2001
- Papalia Diane E y Olds Wendkos Sally Desarrollo Humano Cuarta Edicion McGraww Hill Interamericana S A Mexico 1992
- Pedagogia y Psicología Infantil Pubertad y Adolescencia Biblioteca Practica para Padres y Educadores Cultural S A Madrid Espana 2002
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Informe Nacional de Desarrollo Humano Panama 2004 De la Invisibilidad al Protagonismo Primera Edición Octubre 2004

- Reynolds Cecil y Richmond Bert Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) CMAS R Editorial El Manual Moderno S A de C V Mexico 1997
- Zapardiel M La Intervención con población Infantil Víctima de Maltrato Universidad Complutense de Madrid España 2003

Diccionarios Enciclopedias

- Atlas Practico de Panamá La Prensa Diario Libre de Panamá Programa Educativo APRENDO 2005
- Diccionario de Pedagogia y Psicologia Cultural S A Madrid España 2000
- Enciclopedia de la Psicologia OCEANO Grupo Editorial S A España
- La Enciclopedia Volumen 1 Salvat Editores S A España 2004
- Pedagogia y Psicologia Infantil Pubertad y Adolescencia Biblioteca Practica para Padres y Educadores Cultural S A Madrid España 2002

Tesis

- Eskilsen Maite Terapia grupal para mujeres adictas tendientes a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión que dificultan su proceso de recuperación Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2004
- Groosman Sarit Psicoterapia Psicoanalítica en un grupo de niñas que presentan déficit e inconstancias objetales Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2003
- Jaen Caballero Rolando Alberto Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos, una experiencia de grupo en la policlínica del Seguro Social J J Vallarino Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2000
- Lucas Kidda Eficacia de una Técnica Cognitiva Conductual en la Prevención de la Depresión en Adolescentes Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2006
- Robles Mariela Programa grupal de intervención psicológica para el desarrollo personal y social en adolescentes Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2002
- Valverde Ana Psicoterapia breve para facilitar o modificar la fase de individuación en un grupo de adolescentes que residen en un hogar sustituto Tesis de Maestría Universidad de Panamá 2004

ANEXOS

ANEXO N° 1

HISTORIA CLINICA

SUJETO N° 1

DATOS GENERALES

Nombre Ana

Edad 12 años

Fecha de nacimiento Nació en Coclé el 7 de mayo de 1994

Dirección actual Hogar de Fatima (Reside en el Hogar desde el año 2005)

DATOS FAMILIARES

Su madre es soltera se dedica al cuidado de ancianos No conoce a su padre Tiene dos hermanos uno de 16 años y otro de 8 años Es la segunda de tres hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 4 la realizó en la Escuela Lourdes (Coclé) y de 5 a 6 en la Escuela Justo Arosemena No ha repetido ningún grado Materias de su preferencia son Sociales y Naturales

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en la biblioteca del Hogar en horario de 3 00 p m a 5 00p m Su método de estudio es estudiar sola

ENFERMEDADES

Ha padecido de varicela

Presenta problema visual Dificultad para leer letras pequeñas y para ver la televisión

ADAPTACION AL HOGAR DE FATIMA

Si me gusto conocí amigos aprendí a compartir con ellos Estudiaba bien y se aprendía más rápido los ejercicios

Su madre la llevo al Hogar allí le dijeron que no se preocupara que podía ir en las vacaciones a ver a su familia

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 2

DATOS GENERALES

Nombre Tiffany Nayelis

Edad 15 años

Fecha de nacimiento Nació en Darien el 25 de mayo de 1990

Dirección actual Hogar de Fátima (Reside en el Hogar desde el año 2003)

DATOS FAMILIARES

Proviene de una familia de padres separados Su madre es ama de casa y su padre se dedica a la construcción Tiene cinco hermanos de 17 14 9 7 y 3 años Ella es la segunda de cinco hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 6 la realizó en la Escuela de la Comunidad de Sanson en Darien Educación Secundaria 7 la realizó en la Escuela Bonifacio Pereira y de 8° a 10 en la Escuela Técnica Gastón Faraudo P No ha repetido ningún grado Materias de su preferencia Matemáticas

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en la biblioteca del Hogar dos horas de 3 00 p m a 5 00 p m Su método de estudio es memorizar

ENFERMEDADES

No ha padecido enfermedades Utiliza lentes

ADAPTACIÓN AL HOGAR DE FATIMA

Con algunas me llevo bien no con todos pero con todos me llevo

Un muchacho del juzgado me trajo Quería estudiar pero mi mamá no podía pagar Sor Ceferina llamó a Sor Carmen al Hogar y me trajeron al Hogar

Su papá vino a Panamá con la madrastra y un hijo

El juzgado de Darién se la llevó y a su hermana trasladándolas a Casa Hogar de Tocumen No se adaptó lloraba y la abuela tuvo que llevarse de regreso a Darién pero el año pasado se fue con un muchacho y ahora está estudiando en la nocturna

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 3

DATOS GENERALES

Nombre Mariela

Edad 15 años

Fecha de nacimiento Nació en Darien el 3 de mayo de 1991

Dirección actual Hogar de Fatima (Reside en el Hogar desde marzo de 2006)

DATOS FAMILIARES

Su madre es ama de casa y su padre se dedica a limpiar patios y sembrar Tiene seis hermanos de 17 10 6 4 y 2 años Ella es la segunda de seis hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 6 la realizó en la Escuela Barrio Chiquito en Darien

Educación Secundaria cursa actualmente 7 en el colegio Primer Ciclo Panama Repitió

1 Materias de su preferencia Ciencias Naturales

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en la biblioteca del Hogar o en el Area de estudio una a dos horas de 3 00 p m a 5 00 p m Su metodo de estudio es subrayar

ENFERMEDADES

No ha padecido enfermedades

ADAPTACIÓN AL HOGAR DE FÁTIMA

Con ellos bien

Me sentí mal porque nunca me había alejado así de mi mamá Hasta el momento no he tenido contacto con ella

Mi hermana tiene siete años de estar aquí en el Hogar y este año se gradúa

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 4

DATOS GENERALES

Nombre Saer Jasub

Edad 14 años

Fecha de nacimiento Nació en La Chorrera el 17 de marzo de 1992

Dirección actual Hogar de Fatima (Reside en el Hogar desde el año 2005)

DATOS FAMILIARES

Proviene de un hogar de padres separados Su madre es ama de casa y su padre es operador de gruas Es hija única y Tiene cuatro hermanos por parte de padre y de madre

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 4 la realizó en la Escuela Altos de San Francisco (La Chorrera) y en la Escuela Virgen de Guadalupe (La Chorrera) curso 5 y 6 Educación Secundaria cursó 7 en la Escuela Bonifacio Pereira Actualmente cursa 8 en el Instituto Técnico Don Bosco Repitió 1 Materias de su preferencia Ciencias y Artística

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en la biblioteca del Hogar dos horas cuando llega de la escuela hasta las 4 00 p m y los fines de semana Su método de estudio es el cuestionario

ENFERMEDADES

Ha padecido de varicela y es alérgica al polvo

ADAPTACIÓN AL HOGAR DE FATIMA

Me siento bien pero con algunos no me llevo bien

Mi mamá fue a Tumba Muerto donde una señora para ir al Hogar y mi mamá fue al Hogar con mi hermano mayor para conocer el Hogar Pensé que no me iba a llevar bien

con los muchachos. Al principio no me adaptaba. Estaba triste pero mi mamá venía a visitarme.

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 5

DATOS GENERALES

Nombre Susana

Edad 13 años

Fecha de nacimiento Nació en Panama el 3 de noviembre de 1992

Dirección actual Hogar de Fatima (Reside en el Hogar desde febrero de 2005)

DATOS FAMILIARES

Proviene de una familia de padres unidos Su madre es ama de casa y su padre es

agricultor Tiene tres hermanos de 18 16 y 1 año Ella es la tercera de cuatro hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 6 la realizó en la Escuela Agua Fria en Darién Educación Secundaria, curso 7 en la Escuela Técnica de Contabilidad y Comercio Gastón Faraudo P Actualmente cursa 8 en el Instituto Técnico Don Bosco Materias de su preferencia Español y Geografía

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en la biblioteca del Hogar desde las 3 00 p m en adelante Su método de estudio es la lectura

ENFERMEDADES

No ha padecido enfermedades

ADAPTACIÓN AL HOGAR DE FATIMA

Bien

Tristeza porque estaba solita y no había llegado nadie

Mi hermana tiene siete años de estar aquí en el Hogar y este año se gradúa

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 6

DATOS GENERALES

Nombre Milagros

Edad 12 años

Fecha de nacimiento Nació en Taboga el 21 de julio de 1993

Dirección actual Hogar de Fatima (Reside en el Hogar desde marzo de 2006)

DATOS FAMILIARES

Su madre es ama de casa y su padre es conductor de carro Tiene cuatro hermanos de 15 12 9 y 4 años Ella es la segunda de cuatro hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1 a 6 la realizó en la Escuela Benjamín Quintero Álvarez en

Taboga Educación Secundaria actualmente cursa 7 en el Instituto Técnico Don Bosco

Materias de su preferencia Todas

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en el salón de estudio dos horas en horario de 4 00 p m a 6 00p m Su método de estudio es el repaso estudio y práctica

ENFERMEDADES

Ha padecido de varicela

ADAPTACION AL HOGAR DE FATIMA

Más o menos

No sentí nada

Por la patrona de mi mama nos enteramos del Hogar de Fátima ella es mi benefactora
Mi mama me trajo al Hogar La primera vez que me pregunto si queria ir a Fatima no
sabia que decir a la segunda dije que si

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 7

DATOS GENERALES

Nombre Rosario

Edad 13 años

Fecha de nacimiento Nació en El Llano Chepo el 3 de diciembre de 1992

Dirección actual Hogar de Fatima

DATOS FAMILIARES

Su madre es ama de casa y su padre es agricultor Están casados Tiene tres hermanos de 15 25 y 28 años Ella es la menor de cuatro hermanos

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria de 1° a 5 la realizó en el Centro Educativo Quebrada Limón en Chepo 6 la realizó en el Centro Educativo Agua Fria N 1 Chépiganuela AGAIFIA Darién repitió 1° actualmente cursa 7 en el Instituto Técnico Don Bosco Materias de su preferencia Matemática

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en el salón de estudio tres horas en horario de 3 00 p m a 6 00p m Su método de estudio es hacer resumen en los planes largos

ENFERMEDADES

Ha padecido de varicela y asma

Es alérgica al marisco

No utiliza lentes pero a veces cuando está cansada le duele la vista y se le salen las lágrimas

ADAPTACION AL HOGAR DE FATIMA

Yo a veces me siento bien me siento alegre me divierto mucho con mi companera (o) en el hogar hay dias que me siento un poco sola me pongo a pensar muchas cosas que se me vienen a la mente de mi familia

Bueno yo el primer ano que llegue al hogar tuve muchos pensamientos a veces me sentia sola extranaba mucho a mi familia me daba ganas de irme y para desahogarme un rato me ponía a llorar

HISTORIA CLINICA

SUJETO N 8

DATOS GENERALES

Nombre Elena

Edad 13 años

Fecha de nacimiento Nació en Calidonia Panama el 25 de julio de 1992

Dirección actual Hogar de Fatima

DATOS FAMILIARES

Su madre es soltera y se dedica a confeccionar pinatas Es hija única

HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

Educación Primaria 1 curso en el Centro Básico El Cuarcito en Veraguas Santa Fe de 2 a 6 lo realizó en la Escuela Genesis y séptimo grado en el colegio Gastón Faraudo P Actualmente cursa 8 en el Instituto Técnico Don Bosco Materias de su preferencia Artística

HABITOS DE ESTUDIO

Estudia en su cuarto en horario de 5 00 p m a 7 00p m Su método de estudio es el memorizar las cosas

ENFERMEDADES

Ha padecido de varicela

ADAPTACION AL HOGAR DE FATIMA

Bueno al principio fue algo muy solitario porque no tenía como ver a mi familia y los extrañaba y con las jóvenes fue muy bueno porque me llevaba muy bien con ellas

Bueno fue bueno porque en mi casa no habia nadie que me ayudara a estudiar y con quien compartir porque mi mamá trabajaba

ANEXO N° 2

PRIMERA SESIÓN

En esta primera sesion ocurre el primer encuentro del grupo A las dos de la tarde nos reunimos en el salon del comedor y de ahí nos dirigimos al salon de estudio

Las recibo con un saludo y les pregunto como estan contestando que estan bien Me presente y les dije mi nombre y que podrian dirigirse a mi persona de la manera en que se sintieran mas comodas Quiero recordarles lo que conversamos hace unos dias sobre como trabajariamos en el cual se desarrollaran diez sesiones estas sesiones seran una vez a la semana en el lugar que acordamos que es este y a la hora establecida en el cual estaban de acuerdo que fuera a las dos de la tarde los dias sábados Y que tambien veriamos un poco lo que es la ansiedad cuando nos sentimos ansiosos y como se sienten con una situacion nueva

Saer Jasub llego unos minutos tarde porque acabo de regresar con mi mama de hacer unas compras

Terapeuta para romper el hielo a cada una les entrego papel construccion cortados a la mitad y un lapiz donde anotarían el nombre que les gustaria utilizar esto es para guardar la identidad de cada una A Elena y Mariela les resulto difícil encontrar un nombre ficticio Las demas encontraron otros nombres sin problemas Ana Tifany Nayelis Sear Jasub Rosario Milagros y Susana

Elena penso ponerse el nombre por el que su mama siempre le dice Tiffany Nayelis le decia que se pusiera Sinfonesia Petronila Marquelı Cinco Cero Tres

Tiffany Nayelis Mariela es la reina del Hogar en el cuarto ella es la reina otra y yo somos las princesas y Barney

Mariela estaba callada poco hablaba Luego preguntó que hora era porque a las tres de la tarde empezaba la procesion y tenian que ir a la Cinco de Mayo de Catedral sale la procesion

Sear Jasub mi mama me regano porque saque fracaso en el boletın y ahora no me va a comprar sortija de quince anos Cumplı en marzo Mi papa tambien me va a comprar una sortija y tener dos sortijas es malo

Terapeuta ¿por que es malo?

Saer Jasub es que mi mama y mi papa no viven juntos y cada uno quiere regalarme una Mi mama me dijo que si el me regalaba ella no me iba a comprar sortija

Luego Saer Jasub le pregunta a Elena ¿para que quieres la camara?

Elena para mi confirmacion y tambien porque cumplı anos en julio

Mientras hablamos en el grupo Elena y Saer Jasub estan dibujando en el papel construccion que les habia entregado en un principio

Saer Jasub yo no voy a la procesion me voy a quedar planchando los uniformes

Mariela y Tiffany Nayelis van a ir juntas a la procesion

Mariela yo voy si la Sor va

Tiffany Nayelis ella no conoce nada llevo este ano de Darien de milagro sabe ir y regresar a la escuela pero esta de vacaciones Pero nosotras no porque la escuela de ella esta de huelga

Elena yo tenia un companero que estaba conmigo en la otra escuela hacia dibujos y daban miedo

Luego Tiffany Nayelis se levanta y pregunta si alguien quiere comer algo Las demas respondieron que no Porque ya habian almorzado y habia que esperar la cena

Mientras tanto el resto observaba que hacia ella regresa con coco que habia sacado del regfrigerador y lo comparte con el resto del grupo y me pregunta si deseaba comer le respondi que no gracias ya habia almorzado

SEGUNDA SESIÓN

La segunda sesion se desarrolla en el salon de estudio como se acordo en la sesion anterior. Cuando llegue se encontraba Susana, la saludé y le pregunte que hacia, ella respondió que tejiendo. Yo le respondí: "¿tu sabes tejer, está muy bonito". Ella respondió que la Sor le enseñó. Le comuniqué que íbamos a empezar, fue a buscar a las demás. Otra niña del Hogar fue a avisarles a las otras. Poco a poco van llegando al salón, algunas estaban dormidas tomando una siesta. Y otras dispersas en otras áreas del edificio. A medida que llegan las saludo, como estuvo la semana, ellas responden que bien, las que estudian en colegios oficiales indican que ya van a regresar a clases después que el ministro de educación había cerrado los colegios. Hice (terapeuta) un resumen de la primera sesion recordando que esta permitió la apertura a la comunicación dentro del grupo, todo era permitido siempre y cuando se mantuviera el respeto dentro del grupo, inclusive el comer.

Saer Jasub bajó para ver si encontraba a Milagros, quien aun no había llegado.

Les pregunte por Elena y respondieron que estaba en cita medica, porque le van a poner frenos.

Iniciada la sesion, se le entregó a cada una una hoja ocho y medio por once con rostros o dibujos de caras, y debajo de cada uno el nombre de la expresión de cada rostro. El encabezado de la página tenía por título "¿Cómo te sientes hoy?". Les dije que en silencio

observaran cada dibujo esto permitiría al grupo exponer su sentir sobre los dibujos y con cual se identificarían

Tiffany Nayelis yo tengo sueño Yo estaba dormida y me fueron a llamar y me levantaron

Mariela también tengo sueño también estaba dormida

Mientras Tiffany Nayelis y Mariela hablaban en ese momento llegó Milagros la saludé busco una silla y la coloqué detrás de la silla de Saer –Jasub y se sentó le entregué una hoja y le indiqué lo que tenía que hacer Inmediatamente subió Saer Jasub le entregué la hoja y le indiqué lo que tenía que hacer Vio la página y respondió yo estoy feliz siempre estoy alegre

Tiffany Nayelis yo tengo sueño

Milagros colocó la silla a mi lado (terapeuta) sin decir nada

Rosario con sueño y Mariela aburrida (con la cara tapada con el papel)

Ana estoy aburrida y solitaria

Susana yo estoy triste y solitaria

Milagros aburrida

Saer Jasub feliz animada

Tiffany Nayelis ella esta enamorada

Saer Jasub yo no estoy enamorada

Entra una nina en el salon mientras trabajabamos y Tiffany Nayelis le dice que se vaya en forma brusca que estamos reunidas y esta sale

Tiffany Nayelis la otra vez que estaba donde mi papa estaba acostaba y llego y me regano me prendio yo no pude decir nada con mi mama no yo le digo lo que sea Tambien me pone furiosa mi hermanita

Terapeuta tu hermanita vive con tu papa

Tiffany Nayelis las demas responden que no

Tiffany Nayelis mi hermanita tambien vive en el hogar es la que entro hace un momento

Rosario cuando me asustan me pongo nerviosa

Terapeuta te sucedio algo aqui en el hogar

Rosario no donde yo vivo Antes de entrar al hogar me hicieron una broma y me asustaron

¿Tambien puedo escribir que cosas me dan miedo?

Terapeuta por supuesto

Saer Jasub yo siempre peleo con mi mama a mi me da miedo que le pase algo

Terapeuta ¿Por que?

Saer Jasub la otra vez llamaron temprano al hogar que era urgente Eso fue en la semana cuando me arreglaba para ir a la escuela Cuando regrese de la escuela mas tarde la Sor me dijo que a mi mama la llevaron al hospital yo me puse brava y empecé a llorar Es más le dijeron a mi hermano mayor para que despues me dijera a mi porque yo me preocupo ya que mi mama siempre me dice que si a ella le pasa algo no le va a decir a nadie Pero siempre peleamos Ella me dice cosas Despues que no me va a visitar al hogar y despues viene Yo le quiero decir que la amo y la quiero pero no me atrevo

Terapeuta ¿por que no? ¿Que te impide hacerlo?

Saer Jasub despues ella me va a decir algo y mejor no Yo no confio en ella y ella tampoco Porque yo hice muchas cosas y me portaba mal Tambien me regano por las notas antes yo no estaba preocupada pero ahora si porque en el segundo bimestre traje fracaso y mi mama me regano Pero a pesar de todo yo siempre estoy feliz confiada y animada

Susana yo estoy feliz y triste porque al principio cuando yo entre a la escuela pensaba que los companeros se iban a burlar de mi Porque yo soy nueva en esa escuela Tambien porque tenia que decir una charla con el profesor de espanol yo me la sabia pero yo le dije que no

Saer Jasub si porque el profesor de espanol te dice 2 5 por lo menos por hacer el intento y te pone el 2 5

Susana entonces pasaron los dias y me tocaba decir la charla me levante y la dije y nadie se burlo de mi como yo pensaba Desde ese momento ya no pienso que se van a burlar de mi Pero siempre al principio antes de empezar me pongo nerviosa

Milagros yo me pongo nerviosa cuando voy a decir algo una cosa de una charla y cuando digo una poesia o canto Me da miedo cuando escucho cuentos de miedo

Ana a mí también me da miedo cuando tengo que cruzar la calle Me pongo ansiosa cuando voy a decir una charla y cuando la Sor me llama la atención Prefiero no decirle nada y me quedo callada

Tiffany Nayelis me pongo nerviosa cuando la Sor y mi papa me regañan cuando tengo que presentar una charla me pongo nerviosa y se me olvida todo En inglés peor no se nada

Saer Jasub a mí me preocupa que a mi familia le pase algo y más a mis padres o hermanos Me preocupa mi mamá y mis estudios Me pongo ansiosa si es por mi mamá por otras cosas me pongo a llorar Pero ya me dijo que ya no me voy a preocupar más

Terapeuta ¿Cómo se sienten ahora?

Susana feliz ya no estoy triste Porque cuando usted llegó yo estaba tejiendo solita pero después que hablamos me di cuenta que podíamos hablar y también confiar en usted

Tiffany Nayelis todavía tengo sueño

El resto respondió que bien incluso Mariela que se mantuvo callada el resto de la sesión solo sonreía y escuchaba atentamente a las demás

Les gusto como se desarrollo la sesion nos despedimos hasta la proxima semana
Compartiríamos algo para picar en la proxima reunion decian que sabor de soda les
gustaba y en ese momento fue cuando Mariela hablo y dijo que a ella le gustaba la coca
cola Tiffany Nayelis dice cualquier sabor con una de dos litros es suficiente para todas
Luego arreglaron las sillas y se retiraron del salon Mientras arreglaba las cosas para
retirarme llego Elena a contarme por que habia llegado tarde Segundos despues entro
Susana y le dijo efusiva ¡comadre como te fue! Y empezaron a charlar se me acercan las
dos y Elena cuenta que le estaban tomando las medidas para colocarle frenos porque tiene
problemas con la mordida Nos despedimos y ellas continuaron conversando en el salon

TERCERA SESIÓN

Espero afuera (terapeuta) porque la puerta estaba cerrada la Sor habia salido Solo estaba Ana se habia quedado afuera con otro nino del hogar

Se encontraba un nino jugando con una bicicleta charlabamos mientras esperabamos que abrieran

Minutos despues Tiffany Nayelis abrio la puerta La salude y subimos Cuando entramos al salon salude a las demas

Mariela estaba haciendo tarea porque tuvo que ir a la escuela en la manana Susana iba a acostarse

Se reflexiono sobre la sesion anterior en la que compartieron sobre sus miedos y preocupaciones

Le solicite al grupo que escogieran una persona y en parejas tomaran sus sillas escogieran el area del salon que desearan y se sientan una frente a la otra o junto a la otra como se sientan más cómodas Esto permitira que conversen sobre las cosas que le causan miedo o ansiedad igualmente pueden retomar cosas que compartieron en la sesion anterior asi como aquellas que surjan Tambien permitira que compartan que hacen para controlar o reducir esas ansiedades

Tiffany Nayelis fue a buscar a Susana minutos despues se integraron al grupo

Saer Jasub estoy molesta porque tuve que ir a la escuela a hacer una maqueta Desde las 8 30 a m hasta las 12 00 medio dia y nadie fue Fui a perder mi tiempo a pasear

Milagros ¿a quien le toca fregar hoy? a mi

Otras contestan no se

Tiffany Nayelis no me sale nada

Rosario lee

Saer Jasub interrumpe diciendo ya se ahora si me acorde de algo

Terapeuta ¿que cosa recordaste?

Saer Jasub no que terminen ahora

Rosario yo me pongo ansiosa cuando mis papas discuten

Saer Jasub si

Elaida yo me pongo a llorar cuando mis papas pelean

Tiffany Nayelis yo me quedaba en mi cuarto

Terapeuta ¿que hacias?

Tiffany Nayelis nada yo no salia Me quedaba durmiendo

Terapeuta ¿en verdad dormias?

Tiffany Nayelis a veces no pero igual me quedaba en el cuarto

Susana yo ahora tengo miedo porque tenemos un examen oral con el Padre Gustavo

Nos va a hacer unas preguntas y si no las contestamos no podemos confirmarnos Y
hay que hacer otro ano mas y no me se nada

Tiffany Nayelis yo tampoco me se nada Tenemos que practicar una cancion

Terapeuta ¿para que?

Tiffany Nayelis porque van a celebrar los quinceanos de las muchachas que viven en
diferentes hogares se reunen y se les hace una fiesta

Susana yo le tengo miedo a la Sor ella se pone brava yo no digo nada Cuando esta así todas nos vamos a otro lugar o a los cuartos

Tiffany Nayelis tenemos que practicar cantos como es ese te acuerdas Antes habia otra Sor y ella se fue

Saer Jasub a mí no me gusta que mis papas peleen por mí Yo invite a mi papá para la confirmacion pero mi mama dice que si el viene ella no viene Siempre anda peleando la pension Y a mí no me da nada La otra vez inventó algo disque me meti a evangelica y la Sor me regano y me castigo

La otra vez yo estaba con mi papá El es bien negrito Ustedes lo han visto Yo si dice Milagros

Estábamos en la mesa y yo le dije que yo no era su hija que le habian metido un gol y el empezo a llorar Despues mi abuela vino porque el nunca llora Y le dije a mi tia y me pego Despues mucho tiempo despues le pedi perdon

Terapeuta ¿Como te sentiste?

Saer Jasub bien

Rosario mis papas dicen que yo soy su esperanza

Susana Tiffany Nayelis Saer Jasub a nosotros tambien nos dicen lo mismo Otros hermanos no terminaron se casaron tienen hijos

Saer Jasub falta mucho por terminar

Susana yo no quiero crecer

Terapeuta ¿por que?

Susana porque despues mis papas se hacen viejos y se van a morir

Luego Saer Jasub sale a buscar fotos de ella y su papa para que podamos verlo

Tiffany Nayelis miren un mural si esta la foto de la Sor que se fue

Saer Jasub aqui esta vio que es bien negrito (ensenándole la foto a la terapeuta) luego al resto del grupo

Terapeuta por hoy hemos terminado nos vemos la proxima semana

CUARTA SESIÓN

Terapeuta Cuando llegue no reconocí a Mariela pense que era su hermana porque son muy parecidas Estaba haciendo tarea La saludo ella me saluda y me habla Inmediatamente fui a buscar a las que se encontraban en el siguiente piso Baje y Mariela me pregunto ¿busca a los del tecnico? Le respondi si a todas Y ella me respondió yo las busco Mientras Mariela buscaba al resto del grupo me dedico a arreglar las sillas Las saludo a medida que van llegando Susana estaba abajo con Ana Quede asombrada porque todas saludaban y hablaban al tiempo Vamos a iniciar algunos faltan y pregunto falta Mariela responden no ella esta ahí

Tiffany Nayelis tengo madrina de confirmacion es la secretaria va a ser mi madrina y de Saer Jasub

Saer Jasub ¿cómo vamos a hacer cuando el Padre nos llame y como nos vamos a sentar? porque tu tienes un catequista y yo otro Ademas mi papa viene con mi madrastra Mi mamá no viene porque la Sor me voto me dijo que me iba a meter al tutelar La Sor me voto porque tengo fracasos me dio oportunidad hasta fin de ano tengo cuatro fracasos

Las demas escuchan pero no dicen nada Hay un silencio

Terapeuta les pregunto ¿como se ven a ustedes mismas? Y empiezan a reirse

Susana yo despeinada Un niño me dice en la escuela que estoy bonita

Terapeuta ¿y tu que haces?

Milagros ella sale huyendo

Terapeuta Les entrego una hoja de papel blanco en la cual tienen que hacer un dibujo de si mismas escribir cómo se ven y qué características poseen colocan su nombre y luego pasan la hoja y las demás escriben como las ven a ustedes y las características positivas que ven unas en otras Al final podran expresar como se sintieron al escribir sobre si mismas y sobre las demás y como se sintieron al escuchar a los demás

Todas empezaron a reir sobre sus dibujos Murmuraban entre ellas reian

Marcela parezco una bruja me veo fea horrible A mi no me gustan mis pies

Todas terminaron de dibujar y escribir sus características

Terapeuta Se pasan las paginas para que cada una escriba como observa a su companera

Todas escribían y miraban los dibujos después todo se detuvo porque Mariela demoraba en escribir y las demás le decían que se apurara

Luego en el salón adjunto estaban practicando típico algunas fueron corriendo a ver aprovechando que Mariela estaba demorando al escribir y luego regresaron

Tiffany Nayelis gozaba con su dibujo reía

Terapeuta ¿Por qué ríes? ¿Qué es tan gracioso?

Tiffany Nayelis solo me gusta de mi cuerpo del cuello hacia arriba lo demás no

En ese momento Mariela se levanta y se dirige hacia la puerta Le pregunto (terapeuta) ¿para dónde vas? Y ella camina sin voltear sale del salón porque no le gusta que le digan algo sobre su persona No quiere escuchar

Saer Jasub mi pelo se despeina

Ana a mí me costó dibujar y escribir sobre mí

Tiffany Nayelis aquí uno se engorda en la casa cuando voy como normal Aquí desayunamos vamos a la escuela regresamos y almorzamos en la tarde vamos a misa y después a cenar

Quienes deseaban compartir comentaban lo que hicieron En ese momento regresa
Mariela y se sienta

Mariela me gusta mi cabello mi risa y me gustan mis cejas Soy alegre Cuando me
pongo a pensar en mi mama me pongo a llorar

Ana me gusta mi cabello mi boca mis unas

Tiffany Nayelis lo que más me gusta de mi cuerpo son mis ojos lo que no me gusta es
que soy gordis

Saer Jasub me gustan mi boca mis senos Me gustan mis ojos el color mi cabello
mis piernas mi nariz mis manos Que soy de un corazon sensible y que soy dulce

Susana yo me veo a veces bonita y a veces fea De mi cuerpo me gustan mis ojos mis
cejas y un poco mi cuerpo No me gusta mi nariz

Terapeuta A veces no es fácil dibujar y mas si este refleja como nos vemos o sentimos
con nosotros mismos o como nos pueden ver los demas Asi como tambien el escribir o
plasmar sus características y es normal que se hayan referido a diferentes partes del
cuerpo porque se encuentran en una etapa de muchos cambios especialmente físicos
porque lo pueden ver y estan muy conscientes de como las hace sentir

Hoy no vino Elena esperemos nos pueda acompañar la próxima semana Que les vaya bien por hoy terminamos la sesión

QUINTA SESIÓN

Terapeuta llegó al salón de estudio organizó las sillas a medida que van llegando las saludos y les pregunto cómo estuvo la semana y el grupo respondió que bien. Conversamos sobre la sesión anterior y lo que trabajamos cuando tuvieron que dibujar y escribir sobre sí mismas. Quienes deseaban compartir así lo hicieron. Guardé los dibujos que me entregaron y aquí los tengo. Recuerden que cada una tuvo la oportunidad de escribir como veían a su compañera y que características positivas veían en ellas. Que tal si escuchamos que escribieron.

Cuando les voy a entregar sus hojas me piden que sea yo quien lea lo que sus compañeras escribieron. Me entregan sus hojas y empiezo a leer. Les digo: bueno, lo leí tal cual como ustedes lo escribieron.

Sus compañeras manifestaron de Mariela: Me gusta su cara, su risa, su amabilidad, su cariño, pero no pienses mal. Me gusta su cabello, sus ojos, en las mañanas la veo cabreada y en el día siempre la veo alegre. Es una chica chévere, sentimental, alegre, simpática.

Sus compañeras escribieron de Ana: A veces veo que está alegre y a veces brava. Me gustan sus ojos, a veces es alegre, de un corazón alegre o bravo. A veces veo a Jessica cabreada y sentimental. Es un poco relajada, es una chica simpática.

Sus companeras anotaron de Tiffany Nayelis Me gusta su cabello La veo alegre y a veces un poco amargada pero es muy poco los momentos que la veo amargada Me gusta su cadera su cara sus ojos sus cejas que es dulce Me gustan sus manos

Sus companeras dijeron de Saer Jasub Yo la veo a veces alegre nunca la he notado triste A veces como una chica muy simpática a veces un poco odiosa Es una chica gordita Me gusta su cabello enrulado su cadera

Sus companeras arguyeron de Susana Es una chica muy simpatica me gusta su cara Me gustan sus ojos su cabello su carino su amabilidad y su amistad Me gustan sus ojos su cadera sus pecas y su cabello De un corazón bello

Todas escuchaban atentas en silencio otras reian no hacian comentarios se miraban unas a otras sin decir nada

Terapeuta el silencio puede tener muchos significados el no desear ser ustedes mismas las que leyeran lo que les escribieron puede ser un temor a no poder enfrentar algo que ustedes creen saber o la ansiedad de no saber cómo reaccionaran ante lo que iban a escuchar

Antes de terminar todas me cuentan que hay un retiro de fin de semana para las que estan tomando el curso de confirmacion que coincide con la proxima sesion Conversamos

sobre el mismo y les dije que no habia ningun problema finalizado su retiro la siguiente semana nos reuniriamos como lo habiamos acordado desde el principio

Nos despedimos y le desee una buena semana al grupo y que disfrutaran de su retiro las que tenian que asistir

SEXTA SESIÓN

Terapeuta Cuando llegué la puerta de hierro del hogar de las niñas estaba bajo llave yo no podía subir y ellas tampoco podían salir porque la Sor había salido Tuve que esperar hasta que encontraran a la niña que le habían dejado la llave Fueron varios los minutos que tuve que esperar hasta que bajo la niña que le habían encargado la llave Me abrió las puertas la de madera y la de hierro Subí al salón mientras organizaba las sillas buscaban al grupo para poder iniciar Esta sesión inició tarde una estaba planchando otra se había ido con su mamá por unas horas a hacer compras ya que le correspondía su visita

Las saludé a medida que iban llegando Les dije que estamos iniciando tarde primero porque no podía subir y segundo el tiempo que les tomaba a cada una llegar sin embargo trabajaríamos el tiempo que nos quedaba

Susana llegó con una novela y le pregunté que estaba leyendo y ella respondió El Cazador de Alforja de Eustorgio Chong Pero que acababa de empezar a leerla así que aun no sabía de que se trataba y que tenía que leerla para la escuela

Tiffany Nayelis yo tengo un libro pero no lo he terminado de leer

Terapeuta ¿de que se trataba?

Tiffany Nayelis es un libro que habla de un internado en el que tratan mal a los niños. Los que los cuidan los maltratan, pero no termine de leer porque se me quedó el libro en la casa de mi papá (en este momento todos escuchábamos en silencio sin interrumpir)

Terapeuta: ¿por qué lees ese tipo de libro? Estas viviendo algo parecido

Tiffany Nayelis: No. Solamente me llamó la atención y lo empecé a leer

Mariela tiene consigo algunos libros porque está haciendo tarea. De todos, ella es la única que está recibiendo clases los días sábados, ya que las escuelas oficiales están pagando los días de clases que perdieron. Durante la sesión trabajaba en sus tareas y al mismo tiempo mantenía su atención en todo lo que se decía.

Milagros sube tarde

Terapeuta: la saludé y le pregunté que le había sucedido

Milagros: tenía que entregar los ejercicios que había hecho para mandárselos a mi mamá a Taboga, porque ella quiere saber cómo me va en los estudios.

Terapeuta: ¿y cómo te va en los estudios?

Milagros: bueno, voy mal en matemáticas pero la puedo mejorar.

Hay un silencio

Terapeuta para romper el silencio les dije si recordaban lo que habíamos trabajado en la sesión anterior

Todas respondieron que si

Trabajamos cómo se veían y como las ven las demás y que era importante como se ven a si mismas como se perciben y se sienten Que es normal a su edad tener una gran presión no solamente por lo que ven en la televisión y las propagandas sino también cómo su grupo de compañeros en la escuela pueden influir desde su comportamiento hasta en su forma de actuar hablar y hasta como se ven físicamente Y que esto puede provocar mucha presión tensión y hasta ansiedad por querer quedar bien con el grupo Ahora vamos a reforzar la autoestima y lo van a realizar de la siguiente manera cada una toma una hoja de papel y van a anotar o escribir una lista de las características positivas o cualidades que tienen o piensan que tienen Cuando estén listas las que deseen compartir lo que escribieron lo pueden hacer

Hay un silencio mientras trabajan cada una busca un sitio diferente dentro del salón Sólo se escucha los ruidos de la calle y al resto de las niñas del hogar

Elena bueno yo voy a leer el mío estoy siempre contenta soy cariñosa con las demás personas Siempre trato de ser comprensible soy muy chistosa Soy muy respetuosa con los demás soy muy paciente Soy feliz soy amigable con todos y soy transparente

Susana soy muy relajada me gusta reir soy una buena persona Soy humilde casi siempre me gusta decir la verdad Soy positiva y me gusta hacer las cosas bien y en orden

Tiffany Nayelis un poco alegre un poco religiosa un poco estudiosa un poco respetuosa con los mayores Un poco amigable un poco chistosa un poco carinosa Un poco sensible un poco responsable y un poco honesta

Rosario yo soy relajada yo soy muy amigable yo soy solidaria Yo soy feliz yo soy alegre Yo soy respetuosa me gusta conversar con los demas me gusta compartir y me gusta reir mucho

Terapeuta que pensaban mientras escribian

Elena al principio no sabia que escribir pero despues que termine me di cuenta que de todas mis cualidades encuentre que si soy muy paciente

Susana yo sabia que soy asi y que tengo esas cualidades

Terapeuta esto permite que cada dia aprendan a reconocer sus propias cualidades aquellas cosas que les permita crecer como personas

Bueno damos por terminada esta sesión recuerden que esta era mas corta porque empezamos tarde y tambien debemos respetar el tiempo que habiamos acordado Además se que no han terminado sus deberes Les recuerde que nos reuniríamos despues de fiestas patrias Tengan un buen fin de semana y nos vemos la proxima semana

Todas hasta luego chao

SEPTIMA SESIÓN

Terapeuta Llego al hogar y todas estan en el patio de la entrada hace mucha calor la mayoria habia almorzado Las salude y nos reunimos Les pregunte como estaban como les habia ido en la semana Tambien les notifique que en un inicio habiamos conversado que trabajaríamos diez sesiones y que faltaba poco para terminar

Elena fui a la cita con el dentista porque estaba comiendo chuleta y se me rompieron los alambres Tengo que regresar en un mes porque se me estan corriendo los dientes hacia delante me pusieron los frenos para empujarlos hacia atras

Terapeuta ¿Que le pasa a Neilis?

Rosario tiene dolor de cabeza

Terapeuta le pregunte si estaba enferma y esta sonrio sin abrir los ojos

Rosario tenia a Susana con la cabeza sobre sus piernas acostada con los ojos cerrados Se mantuvo escuchando durante la sesión pero no decia nada

Luego Mariela y Susana se levantaron

Terapeuta ¿Aun te sientes mal? le pregunto a Susana ¿Hacia donde vas Mariela?

Manela ahora regreso

Manela vestia la falda del uniforme de su escuela desde que regreso del colegio no se la habia quitado Cuando regresa se habia cambiado la falda por otra ropa

Inmediatamente regresa Susana y se sienta

Susana me fui al interior para las fiestas patrias con mi familia

Rosario Milagros Tiffany Nayelis Saer Jasub y Elena tambien se fueron

Ana yo me quede en el hogar

Manela yo tambien me quede en el hogar

Susana ahora la Sor me dijo que tenia que esperar que trajeran a Lucia

Terapeuta ¿y quien es Lucia?

Todas es la bebe del hogar tiene dos anos

Milagros ya nos dijeron que vienen unas hermanas gemelas Porque hay unas que se graduan este ano y tienen que irse La hermana de Mariela se va

Terapeuta ¿como se enteraron?

Milagros antes que termine el ano ya uno sabe quienes se van y las nuevas que entran

Terapeuta ¿donde estan Saer Jasub y Tiffany Nayelis?

Milagros ellas se van con la mamá de Mariano a limpiar la casa y despues se banan en la piscina

Terapeuta ¿y quien es Mariano?

Milagros Mariano Rivera el que juega beisbol su mamá ayuda en el hogar Pero su mama escoge quien va a la casa A nosotras nunca nos escogen pero no nos importa

Elena la otra vez mandaron unas cartas a los que le van a quitar la beca para el otro ano Yo lei la de Andres el está en primaria La carta decia que por las notas el proximo ano no le iban a dar la beca

Milagros nos dijeron que tenemos que tomar un curso en verano Pero no quiero

Terapeuta ¿por que no quieres tomar el curso?

Milagros porque yo me quiero ir apenas terminamos las clases

Terapeuta ¿a donde?

Milagros a mi casa en Taboga ¿Cuando comienzan las clases el otro ano?

Terapeuta si aun no te han dicho es mejor que con calma termines este ano y asi puedas cumplir con tus materias Disfruta de tus vacaciones y espera que a finales de febrero en las noticias que el Ministro de Educacion anuncie el inicio de clases o si no puedes llamar a tu escuela

Bueno por hoy hemos compartido en esta sesion la próxima semana nos volveremos a reunir que tengan un buen fin de semana

Todas chao hasta luego

OCTAVA SESIÓN

Terapeuta Llego al salon arreglo las sillas mientras llegan para empezar A medida que entran las saludo Les recuerdo que solo faltan dos sesiones para terminar Hoy vamos a trabajar ejercicios de respiracion porque nuestro cuerpo siempre nos está hablando Los ejercicios de respiración te ayudaran en los momentos en que te encuentres con mucha tensión o ansiedad

Todas escuchan sin decir nada

¡Aprende a escucharlo!

Revisa tu cuerpo ahora mismo

¿Como es tu posicion en la silla?

¿Tomas respiraciones profundas?

¿Está tu espalda tensa?

¿Tus rodillas estan tiesas?

¿Esta tu mandibula apretada?

¿Tu cuello esta relajado?

¿Tus hombros estan derechos?

¿Te comes las unas?

¿Te chupas el dedo?

Toma unas respiraciones profundas que llenen tu estomago y exhala sacando todo el aire

Suelta toda tension en tu cuerpo

Tu cuerpo se cansa cuando esta tenso

Tu cuerpo se enferma si esta todo el tiempo rigido

Aprende a escuchar a tu cuerpo examinalo seguido hazte una senal o di 'detente'

Observate como estas y sueltalo

Las invito a realizar este ejercicio que es muy sencillo

Estas son las indicaciones hay dos formas en la que pueden realizarla primero necesitas que alguien te lea esto y que lo haga despacito con pausas despues de cada frase o pueden buscar un tiempo en el que nadie pueda interrumpirte ni molestarte

Vamos a practicar tomen la posicion que les sea mas comoda Acuestate boca arriba en el suelo o se pueden mantener en sus sillas Pon tus manos con las palmas hacia arriba y sueltalas junto a ti Cierra tus ojos Siente cómo sueltas tu cuerpo y lo relajas Lentamente ve soltando tus pies tus piernas tu cadera tu coxis tus brazos tu tronco tu cabeza

Ahora regalate una sonrisa con ella relajas toda tu cara

Respira profundo y llena todo tu cuerpo con este aire

Lentamente exhala saca y vacia todo el aire

Quedate quietecito unos momentos

Respira lenta y profundamente

Disfrutalo el tiempo que quieras

Dale pequenos movimientos a tu cuerpo despacito estirate bosteza y sientate muy lentamente Abre tus ojos

¿Como se sienten?

Todas bien

Ana ¿para que sirve?

Terapeuta los ejercicios de respiración te ayudaran en los momentos en que te encuentres con mucha tension o ansiedad

Tambien veamos este otro ejercicio que tambien te ayudara a soltarte

Acuestense en el suelo o en tu cama cuando ya esten en su cuarto que ya han terminado con sus responsabilidades del dia Cierra tus ojos Manten tu atencion en tu respiracion Toma algunas respiraciones profundas que lleguen hasta tu ombligo

Todas empiezan a reir

Permite que tu cuerpo este muy pesado Imagina una pequena burbuja de luz en tu ombligo Siente como esta burbujita empieza a crecer y crecer Siente como llena tu ombligo con luz energia y calorcito Poco a poco la luz crece y llena todas las partes de tu cuerpo como un sol Estas lleno de energia y puedes sentirla Muy lentamente cuando

realmente sientas que te has llenado de energia abre tus ojos Ve moviendo poco a poco tu cuerpo sientate y cuando estes listo abre lentamente tus ojitos

Cuando nuestros musculos del cuerpo estan tensos esta tension de los musculos forma parte de la reaccion de ansiedad y la relajacion muscular forma parte de la reaccion de relajacion ustedes van a avanzar desde la ansiedad hacia la relajacion en la que se van a centrar en cambiar la tension muscular por la relajacion muscular Más sencillo todavia el aprendizaje de la relajación puede compararse con otras habilidades por ejemplo es como aprender a nadar a montar bicicleta a montar patines Por lo que es necesario que tomen su tiempo y practiquen una y otra vez hasta que se aprende eso si una vez aprendida pueden ponerla en práctica sin esfuerzos y en cualquier lugar

Por hoy terminamos la sesion nos vemos la proxima semana

NOVENA SESIÓN

Terapeuta Llego al hogar me dirijo al salon saludando a los que me encuentro a mi paso
En esta ocasión nuevamente me encuentro con el porton cerrado la Sor salio y espero
unos minutos para que abran Entonces baja a quien le encargaron la llave y me abre
Subo me dirijo al salon y empiezo a organizarlo a medida que van llegando las saludo y
me ayudan a terminar de colocar las sillas

Compartimos como estuvo la semana y si pudieron practicar el ejercicio de relajación
Luego empiezo por explicarles como vamos a trabajar en esta sesion van a realizar una
breve descripcion sobre su persona en la que podran expresar sus opiniones y
sentimientos acerca de si mismas tambien les permitira diferenciar su individualidad y
como sus características personales se relacionan con el ambiente donde se desenvuelven
Ahora voy a entregarles una hoja arriba lleva el nombre o titulo de ¿ Quien Soy Yo?
tiene la silueta o el dibujo de una persona y en cada parte del cuerpo encontraran escrito
lo siguiente lo que pienso lo que espero lo que odio lo que amo en que confio mis
necesidades

Rosario (resfriada) ¿que son las necesidades?

Terapeuta las necesidades se refieren a aquellas cosas que necesites o requieras por
ejemplo alimentarte estar bien de salud o estar con tus amigos

Tambien encontraran lo que valoran sus temores

Milagros ¿como así temores?

Terapeuta es una sensacion de miedo que una persona puede tener por algo que le asusta o cree que puede ser malo

Tambien van a encontrar como juzgan lo que creen y lo que desean Lo que haran en este momento es responder acerca de si mismos dentro del mismo dibujo Mientras trabajan murmuran entre ellas Quien desee compartir lo que escribio puede hacerlo

Rosario

LO QUE PIENSO lo que yo pienso es en graduarme y tener una profesion y querer más a mi familia

LO QUE ESPERO yo espero que me celebren mis 15 anos y graduación y mi profesión

LO QUE ODIO yo no odio a nadie

LO QUE AMO yo amo a mi mama a mi papa y a toda mi familia y a mis amigos (as)

EN LO QUE CONFIO yo confio en mi misma y en Dios Yo confió en mi mama

MIS NECESIDADES mis necesidades son graduarme de la universidad

LO QUE VALORO yo valoro a mis estudios y lo que me dan

MIS TEMORES mis temores son quedarme este ano

CÓMO JUZGO no puse nada

LO QUE CREO yo creo en Dios y creo que voy a llegar a mi meta

LO QUE DESEO yo deseo ser más unida y que no haya pelea en mi familia

Marcela

LO QUE PIENSO lo que pienso es estudiar seguir adelante mi futuro
LO QUE ESPERO de mi misma
LO QUE ODIO nada
LO QUE AMO lo que amo es a mi familia a mi mamá a mi hermanito
EN LO QUE CONFIO yo en mi misma en mis amigas en mi mama
MIS NECESIDADES mia es graduarme de sexto ano ir a la universidad
LO QUE VALORO a mis estudios
MIS TEMORES nada
COMO JUZGO nada
LO QUE CREO en Dios en mi estudio
LO QUE DESEO no puse nada

Tiffany Nayelis

LO QUE PIENSO ser alguien que si desea algo de verdad lo puedo lograr
LO QUE ESPERO espero poder terminar mi secundaria y seguir la universidad
LO QUE ODIO odio que mi papá no confie en mi
LO QUE AMO amo a mi familia compartir con ella
EN LO QUE CONFIO confio en que me voy a graduar y voy a seguir adelante
MIS NECESIDADES graduarme y seguir adelante
LO QUE VALORO valoro mis estudios y mi familia
MIS TEMORES mi temor es que la Sor me vote
CÓMO JUZGO no puse nada
LO QUE CREO creo que puedo lograr lo que me proponga

LO QUE DESEO deseo que mi papa no sea tan celoso conmigo y que confie en mi

Milagros

LO QUE PIENSO en los ejercicios

LO QUE ESPERO

LO QUE ODIO no puse nada

LO QUE AMO a mi padre madre hermano

EN LO QUE CONFÍO en la gente

MIS NECESIDADES salir rapido

LO QUE VALORO la oportunidad

MIS TEMORES no puse nada

CÓMO JUZGO no puse nada

LO QUE CREO creo en mi misma

LO QUE DESEO no puse nada

Terapeuta lo que han compartido permite observar que el grupo tiene cosas en comun como el estudiar graduarse y continuar para ser profesionales el gran amor hacia los miembros de su familia y ese amor se hace mas grande por la distancia y lejanía que hay en estos momentos el confiar en si mismas porque han depositado en ustedes muchas cosas y no desean defraudar a su familia

Hemos terminado recuerden la proxima semana es la ultima sesion

DÉCIMA SESIÓN

Es la ultima sesion arreglo las sillas y todas llegan al salon de estudio Les pregunto como se sintieron durante todo el proceso con el grupo conmigo Cómo se sienten

Respondian que se sienten bien con todo lo que trabajaron y compartieron a pesar que el tiempo paso rapido

Hablamos sobre las sesiones todo lo que aprendieron sobre sus miedos ansiedades todo lo que les preocupa tomando en cuenta que se acercaban los exámenes bimestrales y otras estaban ansiosas por salir de vacaciones

Comentaron que no es facil escuchar lo que otros les pueda decir porque se sienten en la mira de los demas

Otros manifestaron sentirse bien porque pudo conocer cosas y darse cuenta que las demas viven cosas parecidas y si no hubieramos compartido en el grupo no lo hubiera descubierto

Dirijo al grupo para que realicen el cierre ya que la intervencion termina en este momento les recuerde que en diferentes sesiones que este momento iba a llegar

Agradecieron el tiempo que estuve con ellas y una de ellas preguntó si no nos íbamos a reunir de nuevo y nos despedimos Les recuerde que entonces realizarian la prueba nuevamente ahora que terminaron Y así terminamos la ultima sesion

ANEXO N° 3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

I DATOS GENERALES

NOMBRE	
EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	

II DATOS FAMILIARES

NOMBRE DE LA MADRE	
EDAD	
OCUPACIÓN DE LA MADRE	
NOMBRE DEL PADRE	
EDAD	
OCUPACIÓN DEL PADRE	
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	
NÚMERO DE HERMANOS (AS)	
EDAD DE LOS HERMANOS	
POSICIÓN ENTRE LOS HERMANOS	

III HISTORIA ESCOLAR DEL ESTUDIANTE

ESCUELA DE PROCEDENCIA	
HA REPETIDO ALGÚN GRADO	
MATERIAS DE SU PREFERENCIA	

IV HABITOS DE ESTUDIO

¿CUÁNTO TIEMPO ESTUDIA AL DIA?	
¿EN QUÉ LUGAR?	
HORARIO PARA ESTUDIAR	
MÉTODO QUE UTILIZA PARA ESTUDIAR	

V HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES

SARAMPIÓN	
VARICELA	
ANEMIA FALCIFORME	
RUBEOLA	
PAPERA	
ASMA	
HEPATITIS	
TUBERCULOSIS	
PULMONÍA	
DIABETES	
OTROS	

ALERGICO A _____

USA LENTES SÍ _____ NO _____

PROBLEMAS EN LA VISIÓN _____

HA SIDO OPERADO (INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA)

VI ADAPTACIÓN AL HOGAR DE FATIMA

**EMOCIONES SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS DE LA
EXPERIENCIA DE CONVIVIR CON OTROS JÓVENES EN EL HOGAR
DE FATIMA**

**EMOCIONES SENTIMIENTOS O PENSAMIENTOS AL TENER QUE
DEJAR TU HOGAR (FAMILIA) PARA VIVIR EN EL HOGAR DE
FATIMA DURANTE EL PERIODO ESCOLAR O ACADEMICO**

ANEXO N° 4

Panama 2 de diciembre de 2008

Yo Ricardo Antonio Griffith con cedula de identidad personal
8-259-172 Licenciado en Humanidades y Profesor de Espanol de
Segunda Ensenanza Revise la tesis titulada TERAPIA DE GRUPO PARA EL MANEJO
DE LA ANSIEDAD EN JOVENES ADOLESCENTES QUE RESIDEN EN EL HOGAR
FATIMA CHORRILLO

Ricardo Griffith
Ricardo Griffith
Profesor de Español
Cedula 8 259 172

ANEXO N° 5

**Puntajes Brutos y Normalizados
Grupo Experimental Pretest**

Sujeto		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T o Puntuación Escalar
N 1	Total	22	97	69
	I	7	98	16
	II	9	88	13
	III	6	94	14
	M	5	87	13
Nº2	Total	19	91	63
	I	6	90	13
	II	7	75	11
	III	6	94	14
	M	3	67	11
N 3	Total	25	99	72
	I	7	93	14
	II	11	98	16
	III	7	99	16
	M	3	71	11
N 4	Total	21	98	72
	I	8	99	17
	II	8	92	14
	III	5	87	13
	M	8	96	15
N 5	Total	21	92	64
	I	9	99	16
	II	8	83	12
	III	4	77	12
	M	7	92	14
N 6	Total	19	88	62
	I	7	93	14
	II	10	94	14
	III	2	46	9
	M	5	84	13
N 7	Total	23	97	68
	I	9	97	15
	II	9	95	15
	III	5	84	13
	M	7	96	15
N 8	Total	17	88	62
	I	6	87	13
	II	7	89	13
	III	4	74	11
	M	2	53	10

Puntajes Brutos y Normalizados
Grupo Control Pretest

Sujeto		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T o Puntuacion Escalar
N 1	Total	11	67	54
	I	4	76	12
	II	5	65	11
	III	2	45	9
	M	3	74	11
Nº2	Total	10	58	52
	I	3	61	10
	II	6	77	12
	III	1	27	8
	M	4	82	12
N 3	Total	12	74	56
	I	1	24	7
	II	9	96	15
	III	2	45	9
	M	3	75	11
N 4	Total	5	26	44
	I	2	41	9
	II	3	39	9
	III	0	9	6
	M	7	95	15
N 5	Total	9	54	51
	I	1	23	7
	II	7	89	13
	III	1	21	7
	M	6	88	13
N 6	Total	15	74	57
	I	1	14	6
	II	10	98	16
	III	4	70	11
	M	5	87	13
N 7	Total	16	77	58
	I	5	70	11
	II	9	95	15
	III	2	41	9
	M	3	72	11
N 8	Total	12	70	55
	I	3	55	10
	II	6	83	12
	III	3	59	10
	M	7	93	14

Puntajes Brutos y Normalizados
Grupo Experimental Posttest

Sujeto		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T o Puntuación Escalar
N 1	Total	8	38	47
	I	4	73	11
	II	1	9	6
	III	3	68	11
	M	4	81	12
Nº2	Total	13	64	54
	I	5	82	12
	II	5	45	9
	III	3	65	10
	M	2	52	10
N 3	Total	11	55	51
	I	4	57	10
	II	7	76	12
	III	0	9	6
	M	4	78	12
N 4	Total	13	70	55
	I	2	34	8
	II	8	84	12
	III	3	68	11
	M	6	94	14
N 5	Total	15	63	53
	I	7	84	13
	II	7	66	11
	III	1	25	7
	M	6	90	13
N 6	Total	8	32	45
	I	2	31	8
	II	6	65	11
	III	0	7	5
	M	7	97	15
N 7	Total	11	51	50
	I	4	62	10
	II	7	75	11
	III	0	7	5
	M	4	78	12
N 8	Total	5	18	41
	I	1	18	7
	II	1	13	6
	III	3	63	11
	M	4	78	12

**Puntajes Brutos y Normalizados
Grupo Control Posttest**

Sujeto		Puntuacion Natural	Percentil	Puntuación T o Puntuación Escalar
N 1	Total	7	35	46
	I	2	41	9
	II	5	65	11
	III	0	9	6
	M	6	92	14
N°2	Total	15	83	59
	I	5	79	12
	II	6	83	12
	III	4	74	11
	M	7	93	14
N 3	Total	11	69	55
	I	1	24	7
	II	8	92	14
	III	2	45	9
	M	3	75	11
N 4	Total	6	31	45
	I	1	21	7
	II	4	53	10
	III	1	27	8
	M	4	82	12
N 5	Total	6	35	46
	I	2	40	9
	II	4	64	11
	III	0	6	5
	M	4	75	12
N 6	Total	15	72	56
	I	5	77	12
	II	8	82	12
	III	2	39	9
	M	3	67	11
N 7	Total	12	70	55
	I	4	68	11
	II	6	83	12
	III	2	40	9
	M	6	88	13
N 8	Total	0	1	25
	I	4	76	12
	II	6	77	12
	III	2	45	9
	M	2	92	14

ANEXO N° 6

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno
México, D.F. – Santafé de Bogotá

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: _____
Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “**Sí**” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “**No**”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques “**Sí**” y “**No**” en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿Así soy yo?” Si es así, encierra en un círculo “**Sí**”. Si no es así, marca “**No**”.

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES

Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en **ROJO Y NEGRO**.
No lo acepte si está en un solo color.

1 Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2 Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3 Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4 Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5 Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6 Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7 Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8 Siempre soy amable	Sí	No
9 Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10 Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11 Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12 Siempre me porto bien	Sí	No
13 En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14 Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15 Me siento solo(a) aunque este acompañado(a)	Sí	No
16 Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17 Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18 Soy muy sentimental	Sí	No
19 Me sudan las manos	Sí	No
20 Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21 Me canso mucho	Sí	No
22 Me preocupa el futuro	Sí	No
23 Los demás son más felices que yo	Sí	No
24 Siempre digo la verdad	Sí	No
25 Tengo pesadillas	Sí	No
26 Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28 Nunca me enojo	Sí	No
29 Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30 Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32 Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33 Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34 Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35 Muchas personas están contra mí	Sí	No
36 Nunca digo mentiras	Sí	No
37 Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No